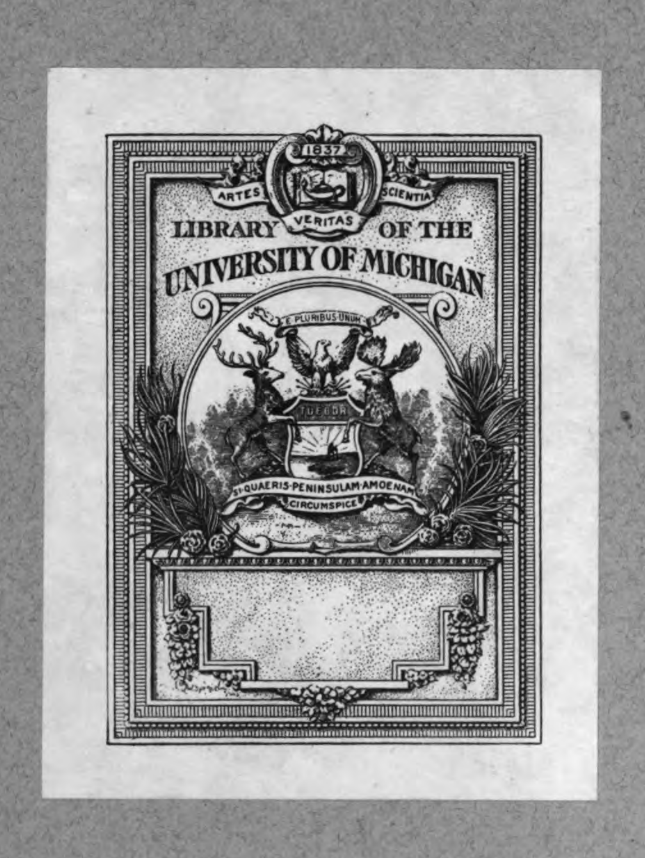

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **G. Jonquière** (Bern), **A. Iwanoff** (Moskau), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

(Januar — December 1912.

Berlin 1912.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.



Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **G. Jonquière** (Bern), **A. Iwanoff** (Moskau), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

(Januar — December 1912.

Berlin 1912.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel und Sammelreferate.

Seite

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. **Berlin, Januar.** **1912. No. 1.**

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1910.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	64	271	131	29	131	24	23	673
Deutschland	60	175	75	21	158	29	35	553
Frankreich	25	81	90	19	83	27	29	354
Grossbritannien und Colonien	19	71	73	9	75	15	16	278
Ungarn	10	48	39	5	62	10	7	181
Oesterreich	9	43	38	7	60	9	12	178
Italien	7	21	34	6	49	8	10	135
Holland	8	39	21	5	37	8	6	124
Belgien	7	31	18	6	30	5	6	103
Spanien	6	17	18	5	28	3	5	82
Russland	5	13	15	4	26	3	4	70
Polen	4	12	13	2	21	2	3	57
Dänemark, Norwegen . . .	4	11	14	1	19	2	2	53
Schweden	3	10	15	—	21	1	1	51
Schweiz	2	8	12	1	19	4	2	48
Zusammen	233	851	606	120	819	150	161	2940

II. Die Ozaenaarbeiten der drei letzten Jahre (1909, 1910, 1911).

Ein Sammelreferat.

Von Arthur Alexander (Berlin).

Die Ozaenafrage ist durch die vom III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress einstimmig beschlossene und bereits in Vorbereitung befindliche *Sammelforschung* in den Mittelpunkt des Interesses gestellt worden. Zahlreiche Rhinologen aller Länder werden sich in den kommenden vier Jahren eingehend mit diesem so verwickelten Problem beschäftigen und dabei Gelegenheit nehmen, sich in eine Literatur zu vertiefen, deren Fülle ein Einzelner kaum noch zu übersehen vermag. Ob diese Arbeit von Erfolg gekrönt sein wird? Nach der einmütigen Anschauung derjenigen, welche über die herrschenden Streitfragen voll und ganz orientiert sind, dürfte die *Sammelforschung* berufen sein, über manche Fragen Klarheit zu schaffen und Thatsachen festzustellen, die dem jetzt so schwankenden Bau unserer Vorstellungen über diese Krankheit in Zukunft als sichere Fundamente dienen können. Wir wollen aber auch nicht die Stimmen derjenigen überhören, die von vornherein einer *Sammelforschung* jeden Werth absprechen. Ich benutze daher die Gelegenheit an der Hand der Ozaenaarbeiten der drei letzten Jahre, über welche ich gemäss der liebenswürdigen Aufforderung des Herrn Redakteurs an dieser Stelle zu berichten habe, möglichst objectiv zu prüfen, was wir von dieser so umfangreichen Untersuchungsreihe zu erwarten haben. Indem ich meinen Bericht mit dieser actuellen Frage verknüpfe, bin ich in der angenehmen Lage, dem Leser etwas mehr zu bieten, als eine trockene Aufzählung der einzelnen Arbeiten und ihres wesentlichen Inhalts.

Ueber die Häufigkeit der Ozaena liegen einige wenige, aber um so interessantere Angaben vor. Compaired berichtet (22, S. VII), dass mehr als ein Drittel aller Kranken, welche in die Behandlung der spanischen Rhino-Laryngologen treten, an einer Ozaena leiden, so dass diese Erkrankung dort als ein sociales Uebel auftritt. Diese Mittheilung findet ihre Bestätigung durch Daubigney (25, S. 9), der in der Abtheilung Jouty's in Oran (Algier) arbeitete, dort im Laufe eines Jahres etwa 100 Ozaenakranke beobachtete und hinzufügt (S. 20), dass der grösste Theil der die Jouty'sche Klinik frequentirenden Patienten der spanischen oder jüdischen Bevölkerung der Stadt angehöre. Ich darf bei dieser Gelegenheit vielleicht erwähnen, dass mir vor mehreren Monaten ein in Galizien wohnender Specialcollege schrieb, er habe die Vorstellung, dass die Ozaena in seinem

Lande bei der Landbevölkerung und bei den Juden häufiger sei, als bei den übrigen Bevölkerungsschichten. Weniger häufig scheint die Ozaena in Schottland zur Beobachtung zu gelangen, da Fraser und Reynolds (32, S. 2) auf der Abtheilung Logan Turner's während der Jahre 1907 bis 1910 nur 138 Fälle beobachteten, unter denen überdies noch 26 augenscheinlich auf congenitaler oder erworbener Syphilis beruhten. Ebenso sah Gillot (34, S. 216) bei Lavrand in Lille im Laufe eines Jahres 50 Ozaenafälle. Immerhin sind diese Zahlen nicht recht verwerthbar, da sie nicht das numerische Verhältnis der Ozaena zu den übrigen Nasenerkrankungen zum Ausdruck bringen. Werthvoller ist schon die Angabe Winckler's in Bremen (78, S. 170), dass man „im Norden selten mit der Ozaena zu thun hat", sowie die Klage Grünwald's (36, S. 348) über den „immer wieder zu betonenden, doch überaus auffallenden Mangel an Ozaenamaterial in München". Im Gegensatz hierzu steht hinwiederum die Mittheilung Secord H. Large's aus Cleveland, Ohio (47), welche lautet: „Nach der grossen Zahl der hier beobachteten Fälle und nach den Berichten meiner Collegen scheint es, dass diejenigen, die an den Ufern unserer grossen Seeenkette leben (Michigan-, Huron-, Erie- und Ontario See), von dieser Krankheit mehr betroffen werden, als diejenigen, welche im Innern leben." Diese wenigen Literaturangaben lassen es zweifellos erscheinen, dass die geographische Verbreitung der Ozaena, über welche wir bisher so gut wie garnichts wissen, eine ganz eigenartige ist. Es dürfte wohl selbst der grösste Skeptiker zugestehen. dass es das mindeste Ergebniss einer ernsthaft betriebenen *Sammelforschung* sein muss, die Art dieser Verbreitung auf unserer Erde in einwandfreier Weise wenigstens in ihren wesentlichen Punkten festzustellen, wobei gleichzeitig auf etwaige numerische Verschiedenheiten in dem Befallensein der einzelnen Völkerracen Rücksicht genommen werden könnte. Es ist nicht ausgeschlossen, dass eine Erdkarte, in welche die gewonnenen Ergebnisse eingezeichnet sind, einen überraschenden Anblick darbieten könnte und dass sich aus der Art der Verbreitung wichtige Schlüsse auf die Natur der Erkrankung ziehen liessen. Auch die socialen Verhältnisse der von der Krankheit Befallenen verdienen noch eingehende Berücksichtigung. Die deutschen Rhinologen sind wohl in überwiegender Mehrheit der Ansicht, dass die Ozaena eine Erkrankung vorwiegend der ärmeren Bevölkerung ist, und nach dem Berichte Gillot's (34, S. 109) haben auch französische Autoren, wie Caboche, Heckel, Lermoyez sich noch im Jahre 1907 in demselben Sinne geäussert. Um so auffallender ist eine Bemerkung Daubigney's (25, S. 50), der zu Folge Jouty in Oran in seiner Privatpraxis ebensoviele Ozaenafälle sieht, wie in seiner klinischen Thätigkeit. Nicht unzeitgemäss erinnert daher Sobernheim (67, S. 431) daran, dass schon vor Jahren Hamilton

in seiner aus Australien stammenden Statistik hervorhob, dass 85 pCt. seiner Kranken in relativ luxuriösen Verhältnissen lebten.

Was das Geschlecht der Ozaenakranken anbetrifft, so sind wohl alle Autoren darüber einig, dass das weibliche Geschlecht vorwiegend von der Erkrankung betroffen wird. Dementsprechend berichtet Slavtcheff (66, S. 51) über 22 selbst untersuchte Patienten, unter denen sich nur 6 männliche befanden. Robert Foy (30, S. 10ff) theilt 3 männliche und 6 weibliche Fälle mit, Fraser und Reynolds berichten, dass unter ihren 138 Ozaenafällen (32, S. 2) 80 weiblichen und 58 männlichen Geschlechts waren, Sobernheim (68, S. 2) berichtet über 12 weibliche und 5 männliche Patienten und auch Gillot (34, S. 18) stellt fest, dass sich unter seinen 50 Fällen 37 Weiber und nur 13 Männer befanden. Wenn Slavtcheff (66, S. 12) das Verhältniss der erkrankten Mädchen zu den Knaben auf mindestens 3 : 1 festsetzt, so stimmt dies mit den Beobachtungen Steiner's (69, S. 283) ziemlich überein, der unter seinen Fällen 25 Frauen und 9 Männer verzeichnet. Auch Baumgarten (9b, S. 495) schliesst sich auf Grund eigener Erfahrungen der allgemeinen Anschauung an. „Das weibliche Geschlecht," schreibt er, „neigt viel mehr zur Ozaena als das männliche, denn es ist ganz zweifellos, dass bedeutend mehr weibliche Ozaenakranke jährlich zur Behandlung kommen, wie männliche. Als Facharzt der kaufmännischen Krankenkasse untersuche ich jährlich bis 1500 Personen, auch Knaben von 13 Jahren, und fand durch Jahre hindurch jährlich kaum 4—5 Fälle. Auch im Ambulatorium des Kinderhospitals kamen Knaben nur vereinzelt vor, Mädchen dagegen recht häufig." Die *Sammelforschung* dürfte wohl kaum zu einem anderen Ergebnis gelangen, immerhin kann es ihre Aufgabe sein, an einem umfangreichen Materiale die numerische Betheiligung der beiden Geschlechter an der Erkrankung in den einzelnen Ländern genau festzustellen und zu prüfen, ob die so gewonnene Verhältnisszahl für alle Altersstufen dieselbe ist.

Ueber das Alter, in welchem die Erkrankung beginnt, liegen mehrfache Aeusserungen vor. Slavtcheff (66, S. 12) macht auf Angaben von Moure und Escat aufmerksam, denen zu Folge die Ozaena im 5., 4., ja selbst schon im 3. Lebensjahre in die Erscheinung tritt. Gillot (34, S. 18) bekam ozaenakranke Kinder unter 15 Jahren nur 7 Mal zu Gesicht. Fraser und Reynolds (32, S. 2) berichten, dass sich unter ihren 138 Ozaenafällen 10 im Alter von 5—9 Jahren und 16 im Alter von 10 bis 14 Jahren befanden. Sie citiren eine Mittheilung Wingrave's, der an einem Material von 60 Fällen den Beginn der Erkrankung 34 mal vor dem vollendeten fünften Lebensjahre feststellen konnte. Auch unter 150 Fällen, über welche Lack berichtet hat, war 40 Mal ein Beginn vor dem 5. Lebensjahre erweislich. Steiner (69, S. 282) erwähnt, dass unter

34 Fällen, von denen er genauere Aufzeichnungen besitzt, 21 Mal die Ozaena vor dem 20. Lebensjahre zur Beobachtung gelangte, dass es aber auch in manchen Fällen gelang, aus ganz bestimmten Aussagen der Kranken oder ihrer Eltern festzustellen, dass das Leiden schon seit dem Säuglingsalter besteht. Sobernheim (68, S. 2) theilt mit, dass unter seinen 17 Patienten die Krankheit 8 Mal Anfang oder Mitte des II. Decenniums, 9 Mal noch früher begonnen haben soll, so dass der Beginn bei einigen bis auf die früheste Kindheit zurückzuführen war. Auch Referent (3, S. 55) hat die Erfahrung gemacht, dass in einigen wenigen Fällen die Eltern auf das Bestimmteste angeben, die Kinder hätten vom Tage der Geburt an eine Schmutznase gehabt und dass in anderen Fällen die Erkrankung wenige Monate nach der Geburt oder doch in den ersten Lebensjahren begann. Baumgarten (8, S. 494/95) ist durch methodische, auf diesen Gegenstand gerichtete Untersuchungen in der Lage gewesen, die Ozaena bei 3 Säuglingen zu beobachten, und spricht demgemäss die Ansicht aus, dass die Ozaena angeboren vorkommen kann. Muss diese Behauptung nach dem vorliegenden Material als begründet betrachtet werden, so bedarf eine weitere Behauptung desselben Autors, „dass ein Kind, welches bis zum 10. Jahre keine Ozaena hat, dieselbe nie bekommt“ noch einer eingehenden, an umfangreichem Materiale vorzunehmenden Prüfung. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, dass die *Sammelforschung* dazu berufen ist, die für die Beurtheilung der Frage des Krankheitsbeginnes nothwendigen Grundlagen zu schaffen. Untersuchungen in Säuglingsanstalten, Findelhäusern, Kinderbewahranstalten, Kindergärten und dergl. müssen bei richtiger Fragestellung und zweckmässiger Untersuchungsmethode zu einer einwandfreien Lösung führen und gleichzeitig Aufklärung schaffen über die bisher noch nahezu gänzlich ungeklärte Art und Weise, in der die Ozaena beginnt.

Die hierüber in der Literatur der letzten Jahre vorliegenden Beobachtungen sind zwar spärlich, aber immerhin nicht zu unterschätzen. Referent äusserte sich über diesen Gegenstand folgendermaassen (3, S. 74): „Die Fälle, in denen ich die Ozaena im frühesten Stadium zu Gesicht bekam, traten fast durchweg wegen adenoider Vegetationen in meine Behandlung und zwar wurden mir die betreffenden Kinder nicht sowohl wegen bestehender Nasenverstopfung, als vielmehr besonders wegen starker Nasensecretion zugeführt, wobei nur selten ein übler Geruch des Secretes bemerkbar wurde. Beim Fehlen jeglicher Anhaltspunkte, die für die Diagnose einer Ozaena hätten verwerthet werden können, entfernte ich die Adenoiden. Regelmässig kamen in diesen Fällen die Eltern einige Wochen nach der Operation mit dem Kinde wieder in die Sprechstunde, um mitzutheilen, dass „der Schnupfen“ trotz der Operation

nicht nachgelassen habe. Die starke Secretion erschien nunmehr eher verstärkt als vermindert; das Secret machte auch bereits einen etwas zähflüssigen Eindruck, war aber durchaus nicht rein eitrig, zeigte vielmehr eine reichliche, vielleicht überwiegende Beimischung von Schleim, ein Umstand, auf welchen man wohl seine mehr ins Graue spielende Farbe, wie seine geringere Foetidität beziehen muss. War vor der Operation die Nasenschleimhaut stark geröthet und geschwollen, so war sie jetzt blasser und das Schwellgewebe mehr collabirt, vielleicht wegen der durch Entfernung der Adenoiden beseitigten Stauung." Mit dieser Beobachtung lässt sich möglicher Weise in Einklang bringen die Notiz Robert Foy's (30. S. 13), einer seiner Patienten hätte angegeben, ihm wären im Alter von 6 Jahren die Adenoiden entfernt und seit dieser Zeit hätte sich sein chronischer Schnupfen allmählich in eine trockne, foetide Borkenbildung umgewandelt. Baumgarten (9b, S. 493) beschreibt eine einseitige Contraction der unteren Muschel als charakteristisch für die beginnende Ozaena, wobei die Seite, an der sich die Contraction zeigt, wechselt. Bei dieser einseitigen Contraction soll das Secret schon früh in Form von Lamellen eintrocknen, später aber sich in nur mit Anstrengung auszublasende Krusten umwandeln. Ist diese Krustenbildung nur gering, so begegnet man ihr am häufigsten im hintern Theil des untern Nasenganges, der in solchen Fällen auffallend geräumig erscheinen soll.

Baumgarten (l. c. S. 492) erkennt aber auch ein hypertrophisches Vorstadium der Ozaena an, glaubt sogar, dass dies in der Regel zu beobachten sei, nur handele es sich nicht um eine Hypertrophie, sondern um einen kürzer oder länger andauernden Füllungszustand der unteren Muschel, der mit der Zeit immer geringer und seltener wird, bis er gänzlich verschwindet. Er begegnet hierin der Anschauung des Referenten, der (3, S. 71) kurz zuvor bei einem Vergleich seiner Auffassung von dem Wesen der Ozaena mit derjenigen B. Fränkel's schrieb: „Wir würden also nur an Stelle des „hyperplastischen Stadiums" ein „Stadium der entzündlichen Schwellung" zu setzen haben, um unsere diesbezügliche Auffassung mit derjenigen B. Fränkel's in Einklang zu bringen." R. Foy (30, S. 2) ist der Meinung, dass die Ozaena fast immer mit einer chronischen infectiösen Coryza beginne, welche eine Hypertrophie der Muschelschleimhaut zur Folge habe. Lavrand (49) erkennt gleichfalls eine hypertrophische Phase im Krankheitsbilde der Ozaena an, als Folge eines Reizes, den eine chronische Ostitis des Siebbeins auf die Schleimhaut ausübt. Auch Fraser und Reynolds (32, S. 13) halten hypertrophische Vorgänge in der Ozaenaschleimhaut für ein Vorstadium der Atrophie. Sie haben unter ihren 138 Ozaenafällen 13 gefunden, in denen die mittlere Muschel polypoid hyperplasiert war, und schliessen hieraus, dass die mittlere

Muschel nicht so schwer von der Erkrankung betroffen war, wie die bereits atrophisch gewordene untere Muschel. Es darf wohl zum mindesten zweifelhaft erscheinen, ob dieser Schluss gerechtfertigt ist. Auch hier dürfte die *Sammelforschung* aufklärend wirken, falls es sich ermöglichen lässt, die ermittelten Ozaenakinder längere Zeit zu beobachten. Für Berlin ist diese Beobachtungsmöglichkeit heute bereits gesichert.

Welches ist nun die Aetiologie dieses mit einer Hypertrophie beginnenden und mit Atrophie endigenden Entzündungsprocesses der Nasenschleimhaut? Darf es uns Wunder nehmen, dass zu Zeiten eines Koch und Pasteur in allen rhinologischen Laboratorien eifrig nach dem Ozaenabacillus gesucht und jeder Gedanke an eine andere Entstehungsmöglichkeit in den Hintergrund gedrängt wurde? Heute ist die schöne Zuversicht, mit welcher arbeitsfreudige Forscher an diesbezügliche bakteriologische Arbeiten herangetreten sind, einer kühlen Skepsis gewichen und was man jetzt in der Literatur über diesen Gegenstand liest, klingt wie ein traurig Lied in Moll.

Schönemann in Bern (64, S. 171) hat fast alle seine Ozaenafälle bakteriologisch untersucht, ist aber nicht zu eindeutigen Resultaten gelangt. Winckler (78, S. 170) fand den Bacillus mucosus Abel's immer bei ozaenaartig stinkender Eiterung vor. Grünwald (36, S. 346) ist von seiner ursprünglichen Meinung, dass der zähe Charakter frischen Secretes ausschliesslich auf der Thätigkeit des Abel-Bacillus beruht, zurückgekommen, da er den gleichen Bacillus auch in leicht flüssigem, niemals zu Krusten eintrocknendem Höhleneiter fand. Er glaubt nunmehr, dass die Beschaffenheit des Nährbodens ausschlaggebend für die Eigenart der Secretion sei und nähert sich hiermit der Auffassung des Referenten, welcher (3, S. 81—82) schrieb: „Dem Bacillus mucosus Abel kann man unmöglich die Klebrigkeit und dem zu Folge die zur Fäulniss führende Stagnation der Secrete zuschreiben, da er in normalen und rein katarrhalischen, also mucinhaltigem Secrete nicht die Bedingungen für seine Existenz findet. Beweis: Er wird in derartigen Secreten nur überaus selten und in spärlichen Exemplaren gefunden. Sobald aber leimhaltige Substanzen des Knochens in das Secret hineingerathen und der Mucingehalt desselben abnimmt, allsogleich gedeiht dieser Schmarotzer in dem Secret ebenso vorzüglich, wie auf dem verwandten Agarnährboden. Das Ozaenasecret wird nicht klebrig, weil sich der Abel'sche Bacillus in ihm entwickelt, sondern der Abel'sche Bacillus entwickelt sich in diesem Secrete, weil dasselbe besondere, ihm zusagende Substanzen in sich aufgenommen hat, die gleichzeitig seine Klebrigkeit bedingen.“ Es sei gleich an dieser Stelle berichtet, dass Grünwald die Eigenthümlichkeit des Nährbodens in einer stärkeren Beimengung oder vielleicht gar ausschliesslichen Ab-

sonderung serösen Materiales vermuthet, das sowohl die stärkere Klebrigkeit erklären als auch in dem vorwiegenden Anteil von Proteinen das erforderliche Substrat für Eiweisszersetzung liefern soll. Die Ansicht lässt sich hören, nur entsteht dann die Frage, warum bei der Coryza vasomotoria, die sich doch durch eine derartige seröse Secretion auszeichnet, das Secret nicht zäh ist, keine Abel-Bacillen enthält und die Schleimhaut nicht atrophisch wird? Liess sich Grünwald früher von den scheinbaren Erfolgen eines Perez gefangen nehmen, so tauchen ihm jetzt bei genauerer Durchsicht des Originalberichtes in den Pasteur'schen Annalen 1899 schwere Bedenken auf, die sich zu einer vernichtenden Kritik verdichten. Diese, im Verein mit den zuvor erschienenen Einwendungen Lautmann's gestatten uns wohl den Perez'schen Coccobacillus foetidus ozaenae der Geschichte zu überweisen, wenn es nicht seinem Entdecker gelingen sollte, beweiskräftigeres Material herbeizuschaffen. Was aber die Grünwald'sche Arbeit besonders werthvoll macht, sind die eigenen bakteriologischen Untersuchungen, welche den Verfasser voll und ganz zu dem Schlusssatz berechtigen „Mehr als jemals ist die pathogenetische Bedeutung irgend einer Bakterienart für eine Krankheit Ozaena abzuweisen". Eigene bakteriologische Untersuchungen finden wir noch bei Slavtcheff (66, S. 51—52), Fraser und Reynolds (32, S. 10—11) und Eisenlohr (27, S. 11—12), welch' letzterer, wie schon so mancher vor ihm, in 50 pCt. seiner Fälle Bacillen fand, die sich kulturell und färberisch von echten Diphtheriebacillen nicht unterscheiden liessen, dagegen im Thierexperiment niemals eine Toxinbildung oder Virulenz zeigten.

Trotz dieses Fiaskos aller bisherigen bakteriologischen Arbeiten auf dem Gebiete der Ozaena ist es natürlich nicht von der Hand zu weisen, dass doch noch einmal ein glücklicher Zufall uns einen Ozaenaerreger finden lässt. Soweit sind wir in unserer Kenntniss dieser Krankheit noch nicht gediehen, dass wir eine solche Möglichkeit leugnen dürften. Ich würde es für überflüssig halten, dies besonders zu erwähnen, wenn nicht Lautmann in einem Referat meiner Arbeit (3) seine Verwunderung ausgesprochen hätte, dass ich diese Frage nicht berührte (Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXVI. 1911. p. 151—153): „Alexander passe en revue toutes les théories de la nature microbienne de l'ozène. A aucun moment il ne s'arrête à cette possibilité. Il ne la discute même pas, il n'en parle même pas." Der verehrte Herr Referent irrt. Ich habe nicht alle Theorien, mit Ausnahme der bakteriellen, besprochen, sondern, wie auf S. 18 der Arbeit im fetten Druck zu lesen ist, nur einen verschwindend kleinen Theil derselben, nämlich diejenigen, welche die Veränderungen am Knochengerüst berücksichtigen, und diese Hypothesen

haben mit der bakteriellen Seite der Ozaenafrage nichts zu thun. Ich habe ferner „Ueber das Wesen der Ozaena“ und nicht „Ueber die Aetiologie der Ozaena“ geschrieben. Eine bakterielle Entstehung der Ozaena kann ich mir sehr wohl vorstellen und würde eine solche die Grundlagen meiner Hypothese in keiner Weise erschüttern.

Die *Sammelforschung* kann sich natürlich nicht das Auffinden eines Ozaenaerregers zur Aufgabe machen. Das ist Sache des einzelnen Forschers. Wohl aber hat sie die diesen bakteriologischen Forschungen zu Grunde liegende Voraussetzung zu prüfen und Material herbeizuschaffen für die Beurteilung der Frage, ob die Ozaena wirklich eine Infektionskrankheit ist, oder um gleich auf den Kernpunkt der Sache einzugehen, wie es mit der Contagiosität der Ozaena bestellt ist? Bekanntlich eine uralte Frage! Betrachtete doch schon Galen alle Krankheiten mit stinkenden Ausdünstungen als contagiös. Unter den neueren Autoren wendet sich Baumgarten (9b, S. 495) recht entschieden gegen die Auffassung, dass die Ozaena durch Ansteckung zu Stande kommen kann, indem er schreibt: „Wenn ich nur hervorhebe, dass eine ozaenakranke Mutter Zwillinge hatte, das eine Kind eine angeborene Ozaena hatte, die Zwillingsschwester in einer Wiege gepflegt wurde, also alle Aussicht hatte, auch Ozaena zu bekommen, dieselbe aber nicht bekam, dass ferner in einer Familie 2 Ozaenakinder die anderen Kinder nicht ansteckten, so genügt dies, wenn ich noch berichte, dass alle diese gemeinschaftliche Taschentücher gebrauchten, und so kenne ich noch eine grosse Anzahl von Familien, in denen alle Bedingungen zur Ansteckung vorhanden waren und dieselbe ist nie erfolgt.“ Robert Leroux (50. S. 5) macht die Atrophie der Nasenschleimhaut zur Voraussetzung für das Eindringen des die Borkenbildung und den Foetor veranlassenden Ozaenaerregers und betrachtet die Krankheit als contagiös. Alle Autoren aber, sowohl diejenigen, welche ein eigenes Urtheil aussprechen, als auch diejenigen, welche in ihren Arbeiten über diese Frage nur referieren (34, S. 106; 66, S. 67) sind darüber einig, dass eine blosse Anhäufung von Ozaenafällen in einer Familie noch kein Beweis für die Contagiosität der Erkrankung ist (57, S. 12), ebenso wenig, wie sie als Beweismittel für eine etwaige Heredität angesprochen werden kann. Es ist ohne weiteres klar, dass diejenigen, welche davon überzeugt sind, dass die Ozaena auch angeboren vorkommen kann, auch dem Gedanken einer Vererbbarkeit der Erkrankung nicht ohne Weiteres ablehnend gegenüber stehen. So sagt Baumgarten (96, S. 495): „Vererbt wird die Ozaena häufiger, besonders die auf Mädchen von der Mutter“. Slavtcheff drückt dies etwas vorsichtiger aus (66, S. 12), wenn er sagt, dass bei Familien-

erkrankungen vornehmlich Mutter und Tochter betroffen werden. Dem Referenten ist, wenn er auch der Anschauung Baumgarten's zuneigt, dennoch die vorsichtigere Fassung des Gedankens durch Slavtcheff sympathischer, da immerhin die Möglichkeit besteht, dass Momente biologisch chemischer Natur eine hereditäre Uebertragung von der Mutter auf die Tochter vorzutäuschen vermögen (3, S. 53—54). Will man die Heredität der Erkrankung erweisen — und die *Sammelforschung* wird diese schwierige Aufgabe mit besonderem Eifer in Angriff nehmen müssen — so ist es nothwendig — wie dies Referent in seiner Aufforderung zur *Sammelforschung* kurz skizziert hat — nicht nur Familienforschung zu treiben, sondern auch die in den Familien gefundenen Thatsachen ganz besonders kritisch zu betrachten und nur solche als Beweise für die Heredität zuzulassen, welche keine andere Deutung gestatten. Es wird hier alles auf eine geschickte Fragestellung ankommen. „Prudens interrogatio est quasi dimidium scientiae" (Baco).

Auch die Frage, ob eine der uns bereits bekannten Infektionskrankheiten, Syphilis, Gonorrhoe, Tuberculose, Scrophulose, die Ozaena bei dem Inficirten oder seiner Descendenz direct bedinge, oder ob diese Krankheiten nur eine Prädisposition für das Erwerben einer Ozaena schaffen, auch diese Frage wird in der Literatur der letzten Jahre noch recht lebhaft discutirt. Sie stellt eine Verquickung des Hereditätsproblems mit der Infectionstheorie dar.

Grünwald (36, S. 343) berichtet, dass in keinem der untersuchten Ausstriche sich Spirochäten vorfanden, speciell keine Sp. pallida, und findet, dass dies im Einklang steht mit dem negativen Ausfall der serologischen Untersuchungen. Letztere wurden zuerst vom Referenten (2) veröffentlicht und dann in schneller Folge nachgeprüft von Sobernheim (68), Eisenlohr (26), Caldera (17), Arzt und Grossmann (7), Weinstein (75), Möller (53). Im Ganzen sind bisher annähernd 100 Fälle derartig untersucht worden, sämtlich mit negativem Resultat. Referent ist im Gegensatz zu B. Fränkel (31, S. 25) und trotz der diesbezüglichen Verwunderung R. Imhofer's (43, S. 3) nicht in der Lage, aus diesen übereinstimmenden Resultaten den Schluss zu ziehen, dass die Ozaena nichts mit der Syphilis zu thun habe. Wohlgemerkt, er ist kein Anhänger dieser Syphilisätiologie, aber eine objective Beurtheilung sämmtlicher in der Literatur niedergelegten klinischen Daten über die Beziehungen der Ozaena zur Syphilis zwingt ihn zu einer vorsichtigen Stellungnahme in dieser Frage. Ganz abgesehen davon, dass es immerhin denkbar wäre, dass ein Syphilitiker auf seine Nachkommenschaft Stoffe übertragen könnte, die nicht mehr im Stande sind, eine Lues, wohl aber eine Ozaena hervorzurufen und welche nicht mit der Wassermann'schen



Reaction nachweisbar sein könnten, hat ihn folgender Fall bedenklich gemacht (2, S. 680—81; 4, S. 21): „Ein Vater, der nach eigner Angabe Lues gehabt hat, heirathet 4 Jahre nach beendigter einmaliger Spritzcur. Die Mutter ist völlig gesund. Das älteste Kind, ein sechsjähriger Knabe, kam mit einer Hautsyphilis zur Welt. Das zweite Kind, ein fünfjähriges Mädchen, hat nach Angabe der Mutter seit dem Tage der Geburt eine Schmutznase. Die Untersuchung ergibt, dass es sich um eine Ozaena handelt. Seitdem hat die Mutter in drei aufeinander folgenden Jahren je einmal abortirt. Und trotzdem reagirte das Mädchen negativ! Sollte ihre Ozaena garnichts mit der Familienlues zu thun haben? Wenn Referent des Weiteren geneigt war dem Ozaenakranken eine weitgehende Immunität gegenüber der Syphilis zuzuschreiben (2, S. 681), da er noch niemals einen Patienten gesehen hatte, der seit frühester Jugend an Ozaena litt und sich später syphilitisch inficirt hätte, so kann er diese Meinung nicht mehr in vollem Umfange aufrecht erhalten. Es sind inzwischen von Sobernheim (67, S. 433) und B. Fränkel je zwei diesbezügliche Fälle beobachtet worden, auch hat Referent selbst im letzten Jahre eine derartige Beobachtung gemacht, wenn auch in seinem Falle die Lues ausserordentlich milde verlief. Ferner berichtet Slavtcheff (66, S. 57), dass sein Lehrer Escat drei Fälle von frischer Syphilis bei erwachsenen Patienten sah, die seit frühester Kindheit an Ozaena litten. Slavtcheff selbst beobachtete eine 30jährige Patientin, die seit der Kindheit eine Ozaena hatte, durch einen Säugling einen Brustschanker acquirirte und diese frische Lues auf ihr junges, 10 Monate altes Kind übertrug. Dieselbe Frau hat aber noch eine 12jährige Tochter, welche schon lange vor der syphilitischen Infection der Mutter an Ozaena litt Hier laufen also Ozaena und Lues als selbstständige Erkrankungen in derselben Familie neben einander her. Ein Fall von schwerwiegender Bedeutung! Immerhin bedarf diese Frage noch der Nachprüfung an einem grossen Materiale und dürfte die *Sammelforschung* hierzu die beste Gelegenheit bieten. — Fraser und Reynolds (32, S. 15) stehen noch auf dem alten, in Deutschland längst verlassenen Standpunkt, Fälle von offenbarer Syphilis mit Borkenbildung und Foetor zur Ozaena zu rechnen. Sie berichten, dass unter ihren 138 Ozaenafällen 26 augenscheinlich durch congenitale oder erworbene Syphilis verursacht waren. 14 dieser Fälle zeigten eine Septumperforation, 6 einen Sequester am Vomer, 1 einen solchen an der mittleren Muschel. Lack soll nach dem Berichte dieser Autoren in 6 pCt. seiner Fälle congenitale und in 4 pCt. erworbene Lues als Ursache festgestellt haben. Steiner (69, S. 286) konnte unter seinen 34 Fällen zweimal eine hereditäre Lues nachweisen. Er schreibt (l. c. S. 290): „Ich kann es nicht für berechtigt halten, wenn wir neben Defecten der Nasenscheidewand

bestehende Schleimhautatrophie und Bildung fötider Krusten aus diesem Kreise ausschliessen und diese scharfe Grenze ziehen zwischen sogenannter genuiner Ozaena und syphilitischer Ozaena. Weil wir bei der syphilitischen Ozaena wissen, was der eigentliche Ausgangspunkt ist, bei der genuinen aber nicht? Ich meine ja an dieser Stelle nur diejenigen Fälle, wo die zur Nekrose führenden Erkrankungen in der Nase schon längstens, seit Jahren oder Jahrzehnten abgeklungen sind und wo bei ganz vernarbten Septumdefecten hochgradige Atrophie der Schleimhaut und Production fötider Krusten besteht — kurz ein Process, der von der Ozaena nicht zu unterscheiden ist. — — —“ Baumgarten (9b, S. 496) hat im Laufe der Jahre keine Anhaltspunkte dafür gefunden, dass die Lues in der Aetiologie der Ozaena eine Rolle spielt. Ebenso leugnen Jouty (44, S. 5) und sein Schüler Daubigney (25, S. 15) jede Beziehung zwischen der Ozaena und der Syphilis, desgleichen Lavrand (49, S. 1), während Gillot, der uns eine kleine Uebersicht über die diesbezüglichen Anschauungen der französischen Forscher bringt (34, S. 113), seine eigene Ansicht in folgende Worte kleidet (l. c. S. 115): „Pour nous, certaines formes de syphilis nasale, comme du reste certaines formes de tuberculose nasale aussi, produisent des lésions suppuratives; lésions suppuratives qui permettent le développement d'une odeur. Dans ces cas la maladie est ou la syphilis ou la tuberculose et les odeurs que les malades répandent portent le nom d'ozène syphilitique, d'ozène tuberculeuse. L'odeur, dans ces cas comme dans l'ozène ordinaire, n'est qu'un symptôme qui aurait pu être produit, non seulement par la syphilis ou la tuberculose mais encore par un grand nombre de causes très variées. Aussi, à notre avis, on peut trouver des ozènes syphilitiques, des ozènes tuberculeux, scarlatineux, varioleux, rubeoliques, scrofuleux, peut-être même anémiques ou chlorotiques. Dans toutes ces variétés d'ozène, c'est non pas l'ozène qui est la maladie, mais la syphilis, la tuberculose, la scarlatine, la variole, la rougeole, la scrofule, l'anémie, la chlorose; ce sont ces affections qui ont produit les lésions génératrices du symptôme odeur.“

In ähnlicher Weise stellt sich Gay, einem Citate Gillot's zu Folge (34, S. 94), die Rolle des Gonococcus bei der Entstehung der Ozaena vor. Er soll, ebenso, wie etwa die Syphilis oder die Diphtherie, eine Siebbeinerkrankung veranlassen, die den Boden für diejenigen Saprophyten vorbereitet, deren Ansiedelung die Ozaena zur Folge hat. Gay versteht offenbar, wie so manche Autoren, unter Ozaena nur den Gestank. Es ist bekannt, dass Bresgen seiner Zeit die Ozaena für den Ausdruck einer verschleppten Gonorrhoe der Nase des Neugeborenen hielt. Er huldigt dieser Anschauung, wie ich persönlichen Mittheilungen entnehme, auch noch heute und Schötz hat erst vor Kurzem (65, S. 28) die Auf-

merksamkeit von Neuem auf die Möglichkeit einer solchen Aetiologie gelenkt, wobei ihm B. Fränkel entgegenhielt, dass die bei dem Partus erworbene Gonorrhoe der Nase eine sehr erhebliche Erkrankung sei, die von den Müttern nicht übersehen werden dürfte. Die *Sammelforschung* wird zweifellos Gelegenheit bieten, Säuglinge mit gonorrhoischem Nasenausfluss in grösserer Zahl zu beobachten und den Verlauf der Nasenerkrankung durch Jahre hindurch zu verfolgen.

Seitdem Referent im Jahre 1893 die Beziehungen der Ozaena zur Tuberkulose zum Gegenstand einer Studie gemacht hatte, ist dieses Thema nicht mehr von der Tagesordnung gewichen. Gillot (34, S. 95) bringt eine schöne Zusammenstellung der über diesen Gegenstand erschienenen französischen Arbeiten. Slavtcheff (66, S. 59) bekämpft mit stichhaltigen Argumenten die Ansicht von Caboche, dass wir in der Ozaena eine larvirte Form der Nasentuberkulose zu erblicken haben. Faracci (29, S. 532) hat, wie dies früher in einem Falle mit positivem Erfolge bereits von Lombard geschehen ist, 53 Ozaenafälle einer probatorischen Tuberkulininjection unterzogen. Zwölf reagirten sehr stark, 16 leicht, 25 garnicht. Leider erfahren wir nicht, ob, wie in dem Falle Lombard's, eine lokale Reaction an der Nasenschleimhaut zu beobachten war. Er gelangt zu dem Schluss, dass entweder das von ihm benutzte Tuberkulin nicht die ihm zugeschriebenen diagnostischen Eigenschaften habe, oder, dass es prätuberkulöse oder paratuberkulöse Affektionen gäbe, die darauf reagirten, ohne die histo-pathologischen und klinischen Eigenschaften der wirklichen Tuberkulose zu haben. Sollte nicht der Gedanke näher liegen, dass die positiv reagirenden Patienten an irgend einer anderen Stelle in ihrem Körper einen echten tuberkulösen Herd hatten? Castex (19, S. 481) glaubt, dass die Ozaena die Veranlassung zu einer Lungentuberkulose geben könne und erinnert an seine Untersuchungen aus dem Jahre 1905, welche ergaben, dass die Ozaena in 25 pCt. der Fälle Tuberkulose zur Folge hat, während in 50 pCt. der Fälle Todesfälle an Tuberkulose im Kreise der nächsten Verwandten des Ozaenapatienten beobachtet wurden. Steiner (69, S. 286) fand unter 34 Ozaenakranken 6 mal Tuberkulose der Eltern und 2 mal Tuberkulose mehrerer Geschwister. Baumgarten (9b, S. 496) fand fast in der Hälfte seiner Ozaenafälle Tuberkulose, aber bei 50 tuberkulösen Mädchen nur 2 mal Ozaena. Während Referent aus einer solchen Beobachtung den Schluss ziehen würde, dass zwar die Ozaena zur Erkrankung an Tuberkulose, nicht aber die Tuberkulose zur Ozaena prädisponire, glaubt Baumgarten nicht an diese prädisponirende Rolle der Ozaena, sondern schiebt die Schuld für die häufigen Erkrankungen an Lungentuberkulose auf die schlechten hygienischen Verhältnisse, in denen die Ozaenakranken leben.

Der Scrophulose glaubt Gillot (34, S. 111) nicht die Stelle einer prädisponirenden Ursache in der Ozaenaätiologie verweigern zu dürfen. Steiner (69, S. 286) stellt in zweien von 34 Fällen das Vorhandensein von Scrophulose fest. Je mehr die Neuzeit den Begriff der Scrophulose geklärt hat, um so weniger scheinen sich die Autoren mit dieser Diathese im Rahmen der Ozaenaätiologie zu beschäftigen.

Mit einer durch die erwähnten Krankheiten geschaffenen Prädisposition lässt sich aber das gesammte Krankheitsbild nicht aufklären und es sind daher von verschiedenen Autoren besondere Hypothesen über das Wesen der Ozaena aufgestellt worden, welche leider zum grössten Theil vor einer ernsten Kritik nicht bestehen können.

Robert Foy (30, S. 2) ist der Ansicht, dass die Ozaena fast immer in der Kindheit oder in der Jugend mit einer specifischen oder nicht specifischen chronischen infectiösen Coryza beginnt, welche eine Hypertrophie der Muschelschleimhaut zur Folge hat, die ihrerseits ein Hinderniss für die Nasenathmung bedingt. Soweit hätten wir es mit einer logischen Gedankenfolge zu thun und an den Autor nur die Frage zu richten, warum in diesen Fällen die infectiöse Coryza nicht im Laufe der Jahre abheilt, sondern zu einer derartigen chronischen Krankheit führt? Jetzt aber fährt der Autor folgendermaassen fort: Es scheint, dass secundär, wenn die Nasenathmung einmal aufgehoben ist und da die Schleimhaut überdies „in einem septischen Milieu badet“ das Organ, constanten Entwickelungsgesetzen zu Folge, zu einer anatomischen und functionellen Rückbildung neigt. Dieser Theil der Hypothese ist selbstverständlich hinfällig. Bei jedem chronischen Nebenhöhlenempyem badet die Schleimhaut auch in einem septischen Milieu und ist die Nasenathmung auch verlegt, ohne dass es immer gleich zur Ozaena kommt. Ueberdies lässt uns der Autor völlig im Unklaren darüber, welches denn die Entwickelungsgesetze sind, denen zu Folge das Organ zu einer anatomischen und functionellen Rückbildung gezwungen wird? Wir erfahren zwar, dass bei verlegter und daher aufgehobener Nasenathmung das mechanische und chemische Stimulans fortfällt, das dieselbe für die Nasenschleimhaut darstellt. Das Organ functionirt nicht mehr und fällt daher der Degneration anheim. Das ist doch aber ein falscher Schluss. Die Nasenschleimhaut functionirt ruhig weiter, auch wenn weniger Luft über dieselbe hinwegstreicht. Ueberdies gesteht der Autor selbst zu, dass es Ozaenakranke giebt, welche sehr wohl durch die Nase athmen. Wie soll denn bei diesen die Ozaena entstehen? Und wie entwickelt sich die Ozaena im Larynx, durch den doch stets geathmet werden muss, dessen Schleimhaut stets unter dem Einfluss der mechanischen und chemischen Stimulation von Seiten des Luftstromes steht?

Ebensowenig kann uns die Hypothese Natier's befriedigen, wenn sie auch auf ganz anderen Voraussetzungen beruht (56, S. 12; 57, S. 12/13). Die Ozaena beginnt diesem Autor zu Folge fast ausschliesslich im Laufe der ersten Lebensjahre, d. h. in einer Zeit, zu welcher der Organismus des Kindes — sei es infolge hereditärer Prädisposition, infolge ungünstiger Verhältnisse des umgebenden Milieus, oder infolge directer Erkrankung — ausserordentlich empfindlich werden kann für die schädliche Wirkung gewisser äusserer und innerer Einflüsse. Mit anderen Worten: Der Organismus wird in frühester Jugend auf die eine oder andere Weise geschwächt und für die Entwickelung der Krankheit vorbereitet. Als prädisponirende Momente gelten u. a.: Blutsverwandtschaft der Eltern, Kränklichkeit und harte Lebensbedingungen bei denselben. Die Ozaena soll nun keine Krankheitseinheit, keine idiopathische oder essentielle Krankheit sein, sondern immer einzig und allein ein Symptom, die gewöhnliche Aeusserung einer vorgeschrittenen Atrophie der Schleimhaut des Respirationstractus. Ihre häufige Lokalisation in der Nase soll sich durch die topographischen und anatomisch-physiologischen Verhältnisse erklären. Der Autor scheint die Begriffe Atrophie und Ozaena zu identificiren. Jedenfalls giebt er uns auch nicht die Spur einer Erklärung für die Entstehung von Borkenbildung und Foetor.

Baumgarten (9b, S. 496) glaubt, dass eine trophische Störung — möglicherweise aus einer unbekannten centralen Ursache, etwa wie bei der essentiellen Kinderlähmung — eine Secretionsanomalie in der Nase zur Folge hat, bei welcher eine Disposition — Breitgesicht und flache Nase — eine Rolle spielen kann. Durch diese Lähmung der secretionserregenden Nerven kommt es zur Eintrocknung des verminderten Secretes, zur Krusten- und Borkenbildung, die durch den Druck dieser auf die Schleimhaut zu Circulationsstörungen führt, wodurch dann die Atrophie der einzelnen Gebilde erfolgt. Diese Hypothese klingt ganz plausibel, doch hat sie unter anderem einen wesentlich schwachen Punkt, der sie für den Referenten unannehmbar macht. Die schädigende Wirkung grösserer fest anhaftender Borken auf die unter denselben liegende Schleimhaut soll ohne weiteres zugegeben werden, doch bilden sich derartige Borken erst dann, wenn die Nasenhöhle durch Atrophie der Schleimhaut und des Knochens weit geworden ist. In enger Nase sieht man in der Regel nur zähflüssiges Secret, das noch bequem ausgeschneutzt werden kann. Die Atrophie ist also das Primäre oder sie entwickelt sich gleichzeitig mit der pathologischen Secretion, niemals aber ist sie eine Folge derselben, vielmehr wird sie durch die Borkenbildung höchstens befördert.

Gleichfalls als Folge einer trophoneurotischen Störung stellt sich

Lavrand (49) die Ozaena vor. Er vermochte in allen Ozaenafällen eine Nekrose des Siebbeins in der Gegend des mittleren Nasenganges nachzuweisen, eine chronische Osteitis mit Nekrose (soll wohl Caries heissen!), aber ohne Sequesterbildung. Anfänglich wird durch die Secretion des erkrankten Knochens die Schleimhaut gereizt und schwillt an. Später, wenn die Knochenerkrankung auch eine Entzündung der Nervenfäden bedingt hat, entsteht eine Atrophie des von ihnen versorgten Terrains, der Drüsen, der Gefässe und selbst des Knochens. Wir werden es Herrn Lavrand überlassen müssen, weitere Beweise für die Existenz einer „Ethmoiditis necroticans" zu erbringen. Die *Sammelforschung* dürfte aber nicht verfehlen, bei den Sectionen auf das etwaige Vorhandensein solcher Ostitiden zu achten.

Fraser und Reynolds (32, S. 16 und 21) erblicken in der Ozaena ein vorgeschrittenes Stadium chronisch eitriger Rhinitis, sind aber bereit, gewisse prädisponirende Factoren zuzugestehen, welche erklären sollen, warum nicht eine jede eitrige Rhinitis zu einer Ozaena wird, so, z. B. ein schlechtes Allgemeinbefinden, sowie Mangel an geeigneter Behandlung. Sie stellen die Frage auf: „Was ist chronische eitrige Rhinitis, wenn nicht Ozaena?" Sie nähern sich damit der Anschauung Bresgen's, vermögen aber nicht ihre Anschauung mit der geographisch verschiedenen Häufigkeit, dem Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes und ähnlichen allgemeinen Factoren in Einklang zu bringen.

Nach Leroux (50, S. 3) setzt sich die Ozaena aus zwei ganz gesonderten Elementen zusammen, der Schleimhautatrophie und der Production fötider Borken. Erstere ist die Folge einer gewöhnlichen acuten oder chronischen Entzündung, wie sie sich im Gefolge allgemein schwächender Krankheiten (Tuberkulose, Syphilis) oder schwerer Infectionskrankheiten entwickelt. Letztere ist das Resultat eines bakteriellen Processes. Eine Brücke zwischen diesen beiden Elementen bildet die Veränderung des Nasenschleims, dessen Absonderung unter dem Einfluss des in der normalen Nase einen ganz bestimmten Weg verfolgenden Luftstroms erfolgt. In der atrophischen Nase wird die Ventilation eine regellose, es wird weniger Schleim abgesondert und damit ist der Entwickelung der Bakterien Thür und Thor geöffnet. Kommt es nicht zur Entwickelung fötider Borken oder bleibt eine geordnete Nasenventilation bestehen, so entwickelt sich eine Rhinitis atrophicans und keine Ozaena.

Referent hat in das Gewirr der zahlreichen immer mit denselben Schlagworten arbeitenden Hypothesen insofern einen neuen Gedanken hineingetragen, als er die Vermuthung aussprach, dass die Stoffwechselproducte des erkrankten Knochens nicht nur auf dem Lymphwege aus dem Körper eliminirt, sondern auch mit der Gewebsflüssigkeit durch die Schleimhaut

hindurch auf deren Oberfläche transportirt werden. Auf diesem Wege reizen sie die Schleimhaut (Folgen: Entzündliche Schwellung und Eiterung) und schädigen sie schliesslich in ihrer Ernährung (Folge: Atrophie). An der Oberfläche angelangt mischen sie sich dem Nasensecret bei — solange ein solches überhaupt noch abgesondert werden kann — und bewirken somit jene Veränderung desselben, welche es zu einem für die Entwicklung von Fäulnissbakterien geeigneten Nährboden macht. Dieser Gedankengang ist eines der Fundamente seiner Hypothese, mit welchem dieselbe steht und fällt. Ein zweites Fundament ist die feste Ueberzeugung, dass es ohne Knochenerkrankung keine Ozaena giebt. Dabei bleibt es zunächst gleichgültig, ob der Knochen primär oder secundär erkrankt. Immer, wenn die Ernährung des Knochens in einer bestimmten, uns in ihren Einzelheiten noch unbekannten Art gestört wird, entsteht der Symptomencomplex Atrophie, Borkenbildung und Foetor. Wenn bei einer Lues primär der Knochen erkrankt und in seiner Ernährung Einbusse erleidet, kann sich Atrophie, Borkenbildung und Foetor entwickeln. Wenn bei einer Nebenhöhlenerkrankung die Schleimhautentzündung secundär auf den Knochen übergreift und dessen Ernährungsmechanismus beeinträchtigt, entwickeln sich Atrophie, Borkenbildung und Foetor. In gleicher Weise sehen wir dieselbe Symptomentrias nach der Einwirkung eines Traumas oder bei Anwesenheit gewisser Fremdkörper entstehen. Das Vorhandensein dieses Symptomencomplexes bei den verschiedensten Erkrankungsformen hat die Autoren verleitet, an der Einheit der Ozaena zu zweifeln. Es giebt aber eine durch die Art ihrer geographischen Verbreitung, durch das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes und andere Momente allgemeiner Art gekennzeichnete Erkrankung, welche wir als Ozaena genuina bezeichnen und welche durchaus einheitlicher Natur ist. Sie kennzeichnet sich dadurch, dass die zur Atrophie und Borkenbildung führende Ernährungsstörung des Knochens durch ein dem Körper innewohnendes, ererbtes Krankheitsgift bedingt ist. Dieses Krankheitsgift kann schon zur Zeit der Geburt — congenitale Ozaena — oder erst im späteren Leben in Wirksamkeit treten. Momente physiologischer Art (Pubertätserscheinungen) und pathologischer Art (Infectionskrankheiten etc.) können es im späteren Leben aus seiner Latenz befreien. Ueber die Natur des Krankheitsgiftes fehlt uns zur Zeit noch jede Kenntniss. Referent kann sich sehr wohl vorstellen, dass dasselbe bakterieller Natur sein kann. Der Gedanke aber, dass die pathologischen Stoffwechselproducte des Knochens die Schleimhaut durchwandern, war nicht „une idée a priori“, wie Lautmann (l. c.) vermuthet, sondern entstand durch sorgfältiges Abwägen dessen, was den verschiedenen mit Atrophie, Borkenbildung und Foetor einhergehenden Erkrankungen gemeinsam ist.

Grünwald (36) sieht das nächste Ziel der Ozaenaforschung in der Würdigung der Bedeutung des Nährbodens. Denselben Gedanken sprach E. Fränkel bereits im Jahre 1882 aus und Referent hat in der vorstehend skizzirten, im Sommer 1909 veröffentlichten Hypothese bewiesen, dass auch er die Bedeutung des Nährbodens zu würdigen weiss. „Damit würde“, so fährt Grünwald fort, „den an sich sehr berechtigten Fragen nach der Heredität, der geographischen resp. ethnischen Verbreitung, dem Connex mit Infectionskrankheiten nicht Abbruch gethan; diese würden vielmehr erst eine genügende Unterlage erhalten, wenn wir die aus den fraglichen Verhältnissen resultirende Disposition (denn um nichts anderes kann es sich handeln) anatomisch oder biochemisch begründen können.“ All dieses, mit Ausnahme der eingeklammerten Worte, könnte Referent getrost unterschreiben. Es dürfte dem geschätzten Autor jedoch nur sehr schwer gelingen, den Gedanken einer Vererbbarkeit der Ozaena mit seiner Herdtheorie zu vereinen. Eine durch Nebenhöhlenerkrankung entstandene Ozaena und eine ererbte Ozaena genuina sind einander zwar äusserlich ähnlich, wie Referent soeben auseinandersetzte, stellen aber dennoch zwei ganz verschiedene Krankheitsformen dar.

Ueber die Beziehungen der Ozaena zu den Nebenhöhlenerkrankungen liegen wieder mancherlei Notizen in der Literatur vor. Lavrand (49) glaubt nicht an die ätiologische Bedeutung der Sinusitiden für die Ozaena und stellt die Behauptung auf, dass in manchen Gegenden die Ozaena viel häufiger vorkommt, als Nebenhöhlenerkrankungen. Fraser und Reynolds (32, S. 4 und 13/14) gelangen an der Hand ihres Materiales zu der Ueberzeugung, dass Nebenhöhleneiterung selten eine Ozaena zur Folge hat und dass wahrscheinlich die Mehrzahl aller Ozaenafälle nicht durch eine Sinusitis complicirt wird. Wo Nebenhöhleneiterung bei Ozaena vorhanden ist, da kann der Sinus ebensowohl primär, wie secundär erkrankt sein. Die Autoren haben die Kieferhöhlen ihrer Patienten in 50 Fällen durchleuchtet. 21 Mal waren eine oder beide Höhlen dunkel. Die Probepunction war aber nur 4 Mal positiv. In 4 Fällen wurden Siebbeinzellen und Keilbeinhöhlen untersucht und in keiner derselben Eiter gefunden. Nur 1 Mal erschien die Schleimhaut einer Keilbeinhöhle geröthet und deutlich verdickt. Die Autoren glauben, dass möglicher Weise in den 17 Fällen von Antrumverdunklung mit negativem Punctionsresultat ein ähnlicher Befund vorlag. Dies erinnert an die Behauptung Uffenorde's (71, S. 603), dass die bei weitem häufigste Affection am Siebbein die einfache hyperplastische Entzündung, nicht die Eiterung ist. Eiterabsonderung hat diesem Autor zu Folge nichts mit der Polypenentstehung zu thun, reine Fälle von chronischer Nebenhöhleneiterung sollen vielmehr ohne Polypenbildung verlaufen und meist Atrophie in der Haupthöhle

setzen. In dieser Verallgemeinerung klingt die Behauptung Uffenorde's etwas überraschend. Hoffentlich liefert uns die *Sammelforschung* genügend Sectionsmaterial, um diese Frage ebenso, wie die gesammte Nebenhöhlen- und Herdtheorie eingehend zu untersuchen. Steiner (69, S. 286) hält es für vollkommen irrelevant, ob das Secret aus der Haupthöhle (Fränkel-sche Form) oder aus der Nebenhöhle (Grünwald'sche Form der Ozaena) stamme. Beides komme vor. Er selbst hat in 15 pCt. seiner Fälle ein Empyem klinisch nachweisen können. Einer wohl noch der Nachprüfung bedürftigen Behauptung D. v. Navratil's zu Folge (58) soll die Ozaena sich immer in den Pharynx, Larynx und auch in die Nebenhöhlen erstrecken. Recht wichtige Mittheilungen auf diesem Gebiete verdanken wir Haike (37, S. 243), welcher darauf aufmerksam macht, dass die von vielen Autoren gelegentlich beobachteten kleinen Nebenhöhlen bei Ozaenakranken zu den regelmässigen Befunden gehören. Er glaubt im Gegensatz zum Referenten, jedoch ohne diesen zu überzeugen, dass hier nicht eine Hypoplasie des Knochens, ein verminderter Resorptionstrieb, sondern ein verringertes Hineinwachsen der erkrankten Schleimhaut in den Knochen vorliegt. Er hat ferner gezeigt und in einer am Tage der Niederschrift dieser Zeilen erschienenen Arbeit (Beiträge zur Pathologie der Nasennebenhöhlen. I. Die Entwickelungsstörungen der Nasennebenhöhlen bei Ozaena. Passow und Schäfer's Beiträge zur Anatomie etc. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. V. H. 4. S. 302) betont, dass der von vielen Autoren, unter anderen auch vom Referenten, den Vertretern der Nebenhöhlentheorie gemachte Einwand, dass die Ozaena im frühesten Kindheitsalter zu einer Zeit entstehe, in der die Nebenhöhlen noch nicht entwickelt sind, insofern nicht stichhaltig ist, als die Nebenhöhlen sich viel frühzeitiger entwickeln, als bisher bekannt war. Onodi (Die Nebenhöhlen der Nase beim Kinde. Würzburg 1911) vermochte auf Grund anatomischer Befunde die Angaben Haike's dahin zu ergänzen, dass alle Nebenhöhlen sich schon im ersten Lebensjahre in der Entwicklung befinden.

Grünwald's Vorstellung, dass die Ozaena eine Folge einer Herderkrankung sei, hat, wie bereits erwähnt, in Lavrand [Lille (49)] einen eifrigen Fürsprecher gefunden. Nach diesem Autor ist die Ozaena nicht mehr eine essentielle Erkrankung, eine mehr oder weniger geheimnisvolle trophische oder secretorische Störung, sondern das Resultat einer chronischen Osteitis des Siebbeins mit Nekrose, aber ohne Sequestration des kranken Knochens. Die Osteitis hat übelriechende Secretion im Gefolge, wie man sie z. B. häufig bei gewissen chronischen Mittelohreiterungen findet. Diese Anschauung basirt auf der Beobachtung, dass man das zähe Secret in der Ozaenanase immer aus dem mittleren Nasengang herabfliessen sieht (?). Da die Nebenhöhlen frei waren, musste die Erkrankung im

mittleren Nasengang liegen. Eine sorgfältige Sondirung derselben nach vorausgegangener Reinigung lässt den nekrotischen Knochen erkennen! Mit Recht wendet sich Natier (57, S. 10) gegen die Bedeutung, welche Lavrand dem Erscheinen des Ozaenasecretes im mittleren Nasengange beimisst. Dem Grünwald'schen Begriff der Herderkrankung versuchte man aber auch sonst noch, um eine Einigung zu erzielen, näher zu treten. Schon Bernhard Fränkel hatte in jener denkwürdigen Sitzung der Berliner laryngolog. Gesellschaft vom 16. November 1906 erklärt: „Es hat noch niemand von uns behauptet, dass bei der Ozaena immer die ganze Nasenschleimhaut erkrankt sei. Wir werden also wohl mit diesen verdienstvollen Forschern zusammen kommen, wenn wir ihnen zugeben, dass häufig das adenoide Gewebe und die Nasengänge befallen seien, vorausgesetzt, dass sie uns darin zustimmen, dass auch an der medialen Convexität der Muscheln adenoides Gewebe sich findet. Wenn wir also die Muschel mit unter das adenoide Gewebe begreifen, dann kommen wir schliesslich mit der Auffassung von der Herderkrankung zusammen, dann bleibt nicht viel mehr übrig, was man nicht als Herderkrankung bezeichnen könnte; denn, dass bei der Ozaena immer die ganze Nasenschleimhaut lückenlos erkrankt sei, kann, wie gesagt, niemand behaupten.“ Auch Referent (3, S. 84) argumentirte in derselben Weise: „Niemand wird behaupten, dass bei der Ozaena immer das ganze Knochengerüst der Nase und ihrer Nebenhöhlen erkrankt. Ebenso, wie sich die tertiäre Lues, wenn sie die Nase befällt, an bestimmten Theilen derselben entwickelt, bald an den Muscheln, bald am Septum, bald an den Nebenhöhlen, ebenso wird auch das ererbte Krankheitsgift sich an bestimmten Stellen der Nase localisiren, an Herden, von denen aus es seine verderbliche Wirkung ausübt. Aber innerhalb der durch die Knochenerkrankung unmittelbar in Mitleidenschaft gezogenen, den Herd bedeckenden Schleimhaut verbreiten sich die Producte einer regressiven Metamorphose des Knochens auf weite Strecken hin, so dass trotz vorhandener „Herderkrankung“ das Secret nicht nur in unmittelbarer Nachbarschaft des Herdes in grösserer Menge abgesondert wird, sondern mit der Gewebsflüssigkeit in weitem Umfange um den Herd herum aus den Poren der Schleimhaut flächenhaft hervorsickert. Herderkrankung, Herdeiterung und Flächeneiterung gehen also unserer Auffassung nach Hand in Hand.“ Gillot, ein Schüler Lavrand's, schreibt in seiner vortrefflichen These (34, S. 102), nachdem er die Auffassung Broeckaert's von der Ozaena als einer paratuberculösen Toxiinfection geschildert hat: „L'ozène paraît être, comme nous l'avons déjà dit, une suppuration des cellules de l'ethmoïde accompagnée d'ostéite ethmoidale. Bien que rien ne prouve d'une façon absolue la nature tuberculeuse de

l'infection de l'ethmoïde, la lenteur désespérante de l'évolution de l'ozène plaide en faveur de la théorie des partisans de la tuberculose.

Die Symptomatologie der Ozaena ist in den letzten Jahren nur wenig bereichert worden. Steiner (69, S. 285) macht interessante Angaben über das Verhalten der mittleren Muschel. Er constatirte in 10 Fällen beiderseitige Hypertrophie, in 6 Fällen auf einer Seite Hypertrophie, auf der anderen normale mittlere Muschel, in 5 Fällen beiderseitig normale Muscheln, in 11 Fällen beiderseitig Atrophie. Unter den hypertrophischen Muscheln war eine gelappt, zwei waren am Vorderrande aufgetrieben, an dreien sassen Polypen. Die Atrophie der mittleren Muschel ist also kein constantes Symptom der Ozaena. Die Nasenschleimhaut war in 22 Fällen blass, atrophisch, in 10 Fällen lebhaft roth, aber nicht geschwellt. In einem der letztgenannten Fälle bestand ein Nebenhöhlenempyem. Fraser und Reynolds (32, S. 3) stellten in 13 ihrer Fälle eine polypoide Hyperplasie der mittleren Muschel fest. Die Nasenschleimhaut erschien nach dem Ablösen der Borken bisweilen tiefroth. Bei diesen Angaben der schottischen Herren Collegen ist jedoch zu berücksichtigen, dass sie auch Fälle von Syphilis unter die Ozaena subsumirten.

Ueber den Foetor erfahren wir auch nichts wesentlich Neues. Rosenberg und Heymann (61 u. 40) glauben den Ozaenageruch von dem der Nasensyphilis unterscheiden zu können. Dass hier gewisse Unterschiede bestehen mögen, will dem Referenten bei der Verschiedenartigkeit der Aetiologie des Symptomencomplexes: Atrophie, Borkenbildung, Foetor ohne Weiteres einleuchten, wenn auch chemisch derartige Unterschiede bisher nicht aufgefunden sind und der Geruchssinn vieler für die Mehrzahl der Fälle nicht ausreicht, um diese Unterschiede wahrzunehmen. Wohl allgemein acceptirt ist jetzt die Annahme, dass der Geruch an dem Secrete haftet. Grünwald und Waldmann (36, S. 347) glauben, dass verschiedene Fäulnissbakterien, unter ihnen der Proteus, den Gestank bedingen, wenn ihnen die für die kulturelle Abbauung des Nährbodens erforderliche Zeit gegeben ist. Für die Gewinnung dieser Zeit, d. h. für das längere Verweilen des Secretes in der Nase, sind gewisse begünstigende physikalische Umstände erforderlich, wozu auch die Thätigkeit des Abel'schen Bacillus gehört. Aber selbst beim Vorhandensein all' dieser Bedingungen braucht sich noch kein Gestank zu entwickeln, wenn der Nährboden nicht eine besondere Beschaffenheit bietet. Dass Grünwald diese besondere Beschaffenheit in einer stärkeren Beimengung serösen Materiales vermuthet, haben wir oben bereits erwähnt. Es sei hier Herrn Grünwald noch entgegen gehalten, dass, wenn man die seröse Componente des Nasensecretes vermehrt, durch Elektrolyse, durch Seruminjection,

durch Reizung der Schleimhaut mit Hochfrequenzströmen oder in sonst beliebiger Weise, stets eine Abnahme des Foetors, niemals aber eine Zunahme desselben beobachtet wird.

Bekanntlich weist die Ozaena eine einzige angenehme Eigenschaft auf, nämlich die, dass der Träger der Erkrankung den unangenehmen Geruch selbst nicht empfindet. Man schloss daraus, sowie aus der Thatsache, dass die Patienten über den Verlust des Geruchsvermögens klagen, auf einen Untergang der Olfactoriusfasern. Neuerdings hat Zickgraf (79, S. 53—54) genauere Untersuchungen hierüber angestellt. Er untersuchte zunächst 180 Lungenheilstättenpatienten und fand unter diesen 10 mal vollkommene Anosmie. Es stellte sich heraus, dass alle 10 Patienten entweder an Ozaena foetida oder Rhinitis sicca mit Atrophie der Schleimhaut litten. Er untersuchte ferner 30 Patienten mit schwereren oder leichteren xerotischen Schleimhautveränderungen mittels des Onodi'schen Olfactometers. Die Hälfte derselben wies vollkommene Anosmie, $^1/_3$ starke Hyposmie auf; nur 4 Fälle, unter ihnen eine typische Ozaena foetida mit starker Borkenbildung, zeigten ein normales Geruchsvermögen. Genaue Untersuchung ergab, dass in diesem Ozaenafalle die Schleimhaut der Riechspalte noch nicht erkrankt war. Der Olfactometerversuch, dessen Ausfall den Schleimhautveränderungen in der Riechsphäre entspricht, stimmt aber nicht immer mit den wirklichen Verhältnissen überein. In mehreren Fällen konnte Z. constatiren, dass warme, feuchte Gerüche noch wahrgenommen und ziemlich exact bezeichnet werden konnten, während für Jonon und Aethylbisulfid die Perception erloschen war. Auch Lavrand (48, S. 98) glaubt, dass es sich bei den Ozaenapatienten mehr um eine Gewöhnung an den Geruch, als um eine wahre Anosmie handelt, zumal diese Patienten nicht den Geschmack verlieren.

Es giebt immer noch Autoren, welche das Vorhandensein einer typischen äussern Form der Ozaenanase bezweifeln, so z. B. Kuttner (45). Referent hat die Entwicklung der diesbezüglichen Formveränderungen und die Factoren, von denen sie abhängen (Zeit des Krankheitsbeginnes und Intensität der Erkrankung) genau geschildert (3, S. 59, C.). Steiner (69, S. 283) konnte in 53 pCt. seiner Fälle ein typisches Ozaenagesicht und in 25 pCt. der Fälle eine gemässigte Form desselben feststellen, gelangt aber merkwürdiger Weise zu dem Schluss, dass diese Gesichtsformation angeboren sei und ein disponirendes Moment zur Entwicklung der Krankheit darstelle. Jedenfalls müsste dann dieses disponirende Moment höchst überflüssig sein, da die anderen 22 pCt. seiner Fälle ihre Ozaena ohne dieses entwickelt haben. Er begründet seine Ansicht unter anderem damit, dass eine grosse Anzahl von Kranken oder deren Eltern erklärten, dass die Nase und das ganze Gesicht schon von Geburt an

diesen Typus habe. Dieser Grund ist nicht stichhaltig, obwohl die Beobachtung der Eltern zu Recht besteht. Ist doch die Ozaenanase eine auf einer kindlichen Stufe der Entwicklung stehen gebliebene Nase. Baumgarten (9b, S. 496) schreibt: „Wenn auch sehr viele Menschen den Ozaenatypus zeigen, so darf diesem keine Bedeutung zugeschrieben werden, denn man findet sehr oft diesen Typus, ohne dass Ozaena vorhanden ist.“ Referent erlaubt sich das „sehr oft“ zu bezweifeln. Herr Baumgarten würde sich ein Verdienst erwerben, wenn er bei derartigen ozaenafreien Patienten mit wirklich typischer Ozaenanase die Familienangehörigen untersuchte. Er wird dann sicher auf diesen oder jenen Ozaenafall in der Familie stossen. Es giebt Ozaenafälle, die in frühester Jugend stürmisch beginnen, zu Veränderungen der äusseren Nasenform führen und trotzdem bald heilen. Referent verweist diesbezüglich auf seine Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft (6), Alle derartigen Untersuchungen werden dadurch etwas erschwert, dass es bisher keine Definition des Begriffes „typische Ozaenanase“ giebt. Steiner constatirte in ausgesprochenen Fällen: „Stark vorragende, breite Stirn, tiefliegende und schmale Nasenwurzel, naheliegende Augenhöhlen, breiter, platter oder eingesunkener Nasenrücken, kurze aufgestülpte Nasenflügel, mit einer tiefen Furche umrahmt, desgleichen eine tiefe Furche um das Septum mobile“ und in gemässigter Form: „Flache, steile Stirn, tiefliegende Nasenwurzel, kurze Stülpnase; Nasenrücken, von vorn gesehen, concav.“

Unter den verschiedenen Formen der Ozaena wurde besonders die Ozaena traumatica Gegenstand der Besprechung. Steiner (69, S. 288) berichtet über einen Fall, der an sich nicht gerade zu den Seltenheiten gehört. Bei einer sonst gesunden Frau, deren eine Nasenhälfte durch eine gutartige Geschwulst excessive ausgeweitet wurde und alle Bildungen dieser Nasenhälfte atrophisch geworden sind, tritt nach Ausräumung dieser Nasenhälfte, welche hierdurch plötzlich zu einer weiten Höhle wurde, eine Production von Krusten mit Ozaenageruch auf. Steiner findet hier zur Entstehung der Ozaena keine andere Ursache, als einzig nach der Operation veränderte physikalische Verhältnisse. Referent möchte meinen, dass die Geschwulst in situ bereits zu einer Störung der Knochenernährung (durch Druck) geführt hatte, dass schon während dieser Zeit eine pathologische Secretion bestand, die aber weder vom Patienten noch von dem untersuchenden Arzte richtig eingeschätzt wurde, da das Secret bei den engen Nasenverhältnissen häufig genug ausgeschneuzt wurde, um keine Gelegenheit zur Zersetzung zu finden. Die Ausräumung der Höhle machte dann nur aus der latenten Ozaena eine manifeste, durch blosse Veränderung der physikalischen Verhältnisse. Denn, dass eine blosse Ausweitung der

Nase nicht zur Entstehung der Ozaena genügt, ist bekanntlich durch die Rhinitis atrophica simplex bewiesen. Baumgarten (8) glaubt, dass die nach Tumoren im Vacuum entstehende Ozaena entweder sofort oder nach Monaten verschwindet. Steiner hat in derartigen Fällen selbst nach 4—5 Monaten das Aufhören der Ozaena nicht beobachten können.

Bezüglich des isolirten Vorkommens der Ozaena trachealis machte Referent (5) die interessante Beobachtung, dass in einem derartigen Falle während des Bestehens der Trachealerscheinungen die Nase einen völlig normalen Anblick darbot, nach Nachlass derselben dagegen das typische Bild einer Ozaena zeigte. Ein wichtiger Hinweis, dass man erst nach langer Beobachtung derartiger Fälle von einer isolirten Trachealerkrankung sprechen darf.

Was die Ozaena unilateralis anbetrifft, so konnten Fraser und Reynolds (32, S. 3) 8 mal eine solche unter ihren 138 Fällen feststellen, mussten aber bemerken, dass in diesen Fällen auf der geräumigen Seite Trockenheit und Krustenbildung, auf der engen dagegen flüssiger Eiter vorhanden war. Halle (39) erklärt, dass er eine auf eine Seite beschränkte Ozaena nicht kennt. Lavrand (49) hält eine einseitige Ozaena für einen nicht seltenen Befund. Derselben Meinung sind Leroux (50, S. 5) und Daubigney (25, S. 20), während Gillot (34, S. 23) die Ozaena fast immer in beiderseitiger Entwicklung sah.

Mehr und mehr beschäftigen sich die Autoren in letzter Zeit auch mit den Complicationen der Ozaena. Castex (19) kennt solche von Seiten des Digestions- und Respirationsapparates, der Augen, der nervösen Centralorgane (Fall von Melancholie, der zum Selbstmord führte) und der Drüsen. Eine Drüsenschwellung am Kieferwinkel erscheint dem Referenten bei einer Ozaena höchst merkwürdig und glaubt er kaum, dass in dem von Castex citirten Falle der Beweis für einen Zusammenhang zwischen Drüsenschwellung und Ozaena erbracht ist. Schönemann in Bern (64) verdanken wir eine Notiz über das Zusammentreffen von Ozaena mit Hautekzemen. Es fehlt zur Zeit noch an einer sicheren Abgrenzung dessen, was wir zu den Complicationen zu rechnen haben. Während z. B. Fraser und Reynolds (32, S. 3) zu den Complicationen auch die Pharyngo-Laryngitis sicca rechnen, zählen Zimmern und Gendreau (80, S. 1) Störungen der Deglutition, sowie fronto-orbiculare Schmerzen zu den charakteristischen Erscheinungen der Krankheit.

Es darf wohl keinem Zweifel unterliegen, dass es nicht Aufgabe der *Sammelforschung* sein kann, den ganzen Symptomencomplex der Ozaena zu berücksichtigen. Immerhin wird es dem Einzelnen im Rahmen der Forschung möglich sein, diesem oder jenem Symptom seine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und seinem Sammelbericht die angestellten

Beobachtungen anzugliedern. Sache des Organisationscomités ist es daher nur, auf wichtige Streitfragen aus diesem Gebiete hinzuweisen und die Anregung für eine specielle Bearbeitung derselben zu geben. Dagegen muss sich die *Sammelforschung* mit ganzer Energie der bisher noch nicht in den richtigen Bahnen wandelnden pathologisch-anatomischen Bearbeitung der Krankheit widmen. Derartige Arbeiten sind in den letzten Jahren ausschliesslich von Fraser und Reynolds veröffentlicht worden. Sie beschränken sich auf die Untersuchung der „mittleren Muschel" in drei Fällen, in welchen dieselbe zwecks Untersuchung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle entfernt worden war. Leider sind zwei der Fälle nicht ganz einwandfrei. In dem einen befand sich ein Polyp im rechten mittleren Nasengang, immerhin ein auffälliger Befund bei einer Ozaena. Freilich wurde die linke mittlere Muschel untersucht. In dem zweiten Falle war das zur Untersuchung gelangende vordere Ende der rechten mittleren Muschel vergrössert. Die Untersuchungsresultate weichen von den bisher bekannt gewordenen pathologisch-anatomischen Befunden nicht wesentlich ab.

Die Therapie der Ozaena hat in den letzten drei Jahren an Mannigfaltigkeit nichts eingebüsst. Die Acten über den Werth der Paraffinbehandlung sind heute wohl geschlossen. Gelingt es in nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen, genügend Paraffin unter die Schleimhaut zu bringen und damit die Nasenhöhle in wünschenswerther Weise zu verengern, so tritt eine erhebliche Milderung der Beschwerden ein, die sich in günstigen Fällen bis zur Heilung steigern kann (conf. Eckstein, Verhandlungen der Berl. laryngolog. Gesellschaft, 20. Jan. 1911). Wenn man die Beseitigung von Borkenbildung und Foetor schon als Heilung betrachtet, so heilen nach der Ansicht Ricardo Botey's (11, S. 565) etwa die Hälfte der Fälle, die übrigen werden nur gebessert, in 15—20 pCt. der Fälle versagt die Methode. In diesen letzteren Fällen vorgeschrittenster Ozaena hilft uns Hutter (42, S. 7), indem er in Localanästhesie nach der Denkerschen Methode die Apertura piriformis freilegt, die Schleimhaut vom Nasenboden und der lateralen Nasenwand in der ganzen Tiefenausdehnung der Nase abhebelt, kurze, schmale, walzenförmige Prothesen aus weichem Paraffin einlegt und wieder zunäht. Botey, der eine eigene Paraffinspritze angegeben hat, will die Einspritzung harten Paraffins unter die stark atrophische Schleimhaut dadurch erleichtern, dass er zuvor eine submucöse Injection von warmem, sterilem Wasser macht (l. c. S. 568). R. Leroux (50), der uns ausführlich seine Technik schildert, spritzt das Paraffin kalt ein und bringt es dann einige Tage später durch eine Heissluftdouche zum Schmelzen, um eine bessere Vertheilung desselben zu erzielen. Ob er auf diese Weise die Gefahren der Einspritzung flüssigen Paraffins vermeidet? Brünings

(14, S. 79) construirte eine handliche Spritze und erzielte mit derselben recht gute Resultate, doch niemals eine völlige Heilung. Wassermann (73, S. 5) schreibt dem injicirten Paraffin auch eine trophische Reizwirkung auf die Schleimhaut zu. Derselben Ansicht ist Daubigney (25, S. 50—51). Large, der noch mit Gersuny'schem halbweichen Paraffin arbeitet, welches eine verhältnissmässig einfache Technik gestattet, rühmt den günstigen Erfolg der durch die Injectionen erzielten Nasenverengerung auf eine gleichzeitig bestehende Tracheo-Bronchitis. Lavrand berichtet (48, S. 98), dass Mahu in einem Drittel der Fälle Heilung, in einem Drittel Besserung und in einem Drittel gar keinen Erfolg erzielte. Seine eigenen Erfahrungen stimmen mit denen Mahu's überein (49).

Thost (70) und Möller in Hamburg (54) empfehlen die Atmocausis zur Behandlung der Ozaena. Letzterer schildert (53) eingehend das Instrumentarium, die ziemlich einfache Methodik und die Erfolge, welche um so mehr zu weiteren Versuchen ermuntern, als die Methode auch bei kleinen Kindern anwendbar ist.

David (23) sowie Zimmern und Gendreau (80, 81) bedienen sich hochfrequenter Ströme, um einen trophischen Reiz auf die erschlaffte Schleimhaut der Ozaenanase auszuüben. Wenn David an eine mikrobicide Wirkung derartiger Ströme glaubt, so möchte Referent diesbezüglich einigen Zweifel äussern. Zimmern und Gendreau wollen mit Hochfrequenzströmen selbst in solchen Fällen Erfolge erzielt haben, die früher mit 20, selbst 40 (!) Paraffininjectionen vergeblich behandelt waren. Sie geben uns eine gute Schilderung der Technik.

Auch die chirurgische Behandlung der Ozaena findet noch immer ihre Vertreter.

Lavrand, der die Ozaena für die Folge einer Ethmoiditis necroticans hält (49), entfernt natürlich den nekrotischen Knochen, ohne freilich mehr als Besserungen zu erzielen. Schönemann hat in einem Ozaenafall den Sinus maxillaris von der Fossa canina aus breit eröffnet, ohne Eiter in ihm zu finden. Trotzdem nahm die Ozaena einen sichtlich milderen, zur Heilung tendirenden Charakter an (64, S. 170). Pollatschek bestätigt diese Erfahrung. Schönemann beabsichtigt diese Beobachtung therapeutisch zu verwerthen.

Robert Foy (30), welcher in der mangelhaften Athmung der Ozaenösen eine wesentliche Ursache aller Leiden erblickt, will den Patienten zur richtigen Nasenathmung wieder erziehen und beschreibt zu diesem Zweck eine ein besonderes Instrumentarium erfordernde Behandlungsmethode. „Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Alpdrücken, Schnarchen, Athemlosigkeit verschwinden nach den ersten Sitzungen.“ Der Luftstrom verschafft der Nasenschleimhaut ihre eingeschlafenen oder verwandelten nor-

setzen. In dieser Verallgemeinerung klingt die Behauptung Uffenorde's etwas überraschend. Hoffentlich liefert uns die *Sammelforschung* genügend Sectionsmaterial, um diese Frage ebenso, wie die gesammte Nebenhöhlen- und Herdtheorie eingehend zu untersuchen. Steiner (69, S. 286) hält es für vollkommen irrelevant, ob das Secret aus der Haupthöhle (Fränkel-sche Form) oder aus der Nebenhöhle (Grünwald'sche Form der Ozaena) stamme. Beides komme vor. Er selbst hat in 15 pCt. seiner Fälle ein Empyem klinisch nachweisen können. Einer wohl noch der Nachprüfung bedürftigen Behauptung D. v. Navratil's zu Folge (58) soll die Ozaena sich immer in den Pharynx, Larynx und auch in die Nebenhöhlen erstrecken. Recht wichtige Mittheilungen auf diesem Gebiete verdanken wir Haike (37, S. 243), welcher darauf aufmerksam macht, dass die von vielen Autoren gelegentlich beobachteten kleinen Nebenhöhlen bei Ozaena-kranken zu den regelmässigen Befunden gehören. Er glaubt im Gegensatz zum Referenten, jedoch ohne diesen zu überzeugen, dass hier nicht eine Hypoplasie des Knochens, ein verminderter Resorptionstrieb, sondern ein verringertes Hineinwachsen der erkrankten Schleimhaut in den Knochen vorliegt. Er hat ferner gezeigt und in einer am Tage der Niederschrift dieser Zeilen erschienenen Arbeit (Beiträge zur Pathologie der Nasenneben-höhlen. I. Die Entwickelungsstörungen der Nasennebenhöhlen bei Ozaena. Passow und Schäfer's Beiträge zur Anatomie etc. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. V. H. 4. S. 302) betont, dass der von vielen Autoren, unter anderen auch vom Referenten, den Vertretern der Nebenhöhlentheorie gemachte Einwand, dass die Ozaena im frühesten Kindheitsalter zu einer Zeit entstehe, in der die Nebenhöhlen noch nicht entwickelt sind, insofern nicht stichhaltig ist, als die Nebenhöhlen sich viel frühzeitiger entwickeln, als bisher bekannt war. Onodi (Die Nebenhöhlen der Nase beim Kinde. Würzburg 1911) vermochte auf Grund anatomischer Befunde die Angaben Haike's dahin zu ergänzen, dass alle Nebenhöhlen sich schon im ersten Lebensjahre in der Entwicklung befinden.

Grünwald's Vorstellung, dass die Ozaena eine Folge einer Herd-erkrankung sei, hat, wie bereits erwähnt, in Lavrand [Lille (49)] einen eifrigen Fürsprecher gefunden. Nach diesem Autor ist die Ozaena nicht mehr eine essentielle Erkrankung, eine mehr oder weniger geheimnisvolle trophische oder secretorische Störung, sondern das Resultat einer chroni-schen Osteitis des Siebbeins mit Nekrose, aber ohne Sequestration des kranken Knochens. Die Osteitis hat übelriechende Secretion im Gefolge, wie man sie z. B. häufig bei gewissen chronischen Mittelohreiterungen findet. Diese Anschauung basirt auf der Beobachtung, dass man das zähe Secret in der Ozaenanase immer aus dem mittleren Nasengang herabfliessen sieht (?). Da die Nebenhöhlen frei waren, musste die Erkrankung im

[illegible]

[illegible] in der [illegible] Athmung der [illegible] Patienten zur [illegible] und [illegible] zu diesem Zweck [illegible] erfordernde Behandlungsmethode. [illegible] Aspiriren. Schnarchen. Athem[illegible] nach den ersten Sitzungen. — Der Luftstrom verschafft der [illegible] eingeschlafenen oder verwandelten nor-

malen Functionen wieder und wirkt gleichzeitig deletär auf die anaeroben Mikroorganismen.

Natier (56, 57), welcher die Ozaena stets auf eine schwere Störung der Gesundheit in frühester Jugend zurückführt, wünscht die Folgen dieser Störung zu einer Zeit zu beseitigen, in der sich die ersten Anzeichen der Ozaena zeigen. Eine methodisch ausgeführte respiratorische Gymnastik scheint ihm neben anderen Behandlungsmethoden ein für seine Zwecke geeignetes Mittel zu sein.

Morelli (55) benutzt die in Budapest so schwefelreichen Quellen theils zu Nasenspülungen, theils in feiner Zerstäubung. Goswin Zickgraf in Bremerhafen (79) glaubt, dass man mit dem Medicament in die oberen Theile der Nase kommen muss, wenn man das Geruchsvermögen verbessern will. Dies erreicht man nicht durch Spülungen, sondern nur durch den von ihm angegebenen Nasenspray. Derselbe wird mit Tabletten zum Auflösen, in denen Saponin in einer bestimmten Concentration enthalten ist, gebrauchsfertig von B. Hadra-Berlin in den Handel gebracht.

Schönemann, der in der Ozaena eine dem Eczem vergleichbare Nasenschleimhauterkrankung sieht, theilt mit (64), dass die systematische interne oder besser noch subcutane Arsenanwendung in möglichst grossen Dosen einen zweifellos günstigen Erfolg auf die andauernde Besserung der Erkrankung ausübt. Daneben ist aber die Localbehandlung nicht zu vernachlässigen.

Nach Baumgarten (9b, S. 497) genügt es bei den Frühformen, die Nasenschleimhaut 2—3 mal die Woche, im späteren Stadium jeden andern Tag mit 30 proc. Lösung von Phenolum natrosulforicinosum zu massiren. Ein bis drei Monate Behandlung, danach ebensolange Pause. Bleibt nach der Behandlung noch Borkenbildung zurück, dann ist während der Pause die Nase mit Jodsalzlösung und Odol (3—4 Tropfen in einem Glase Wasser) abwechselnd auszuspritzen. Stillstand des Processes und bisweilen Heilung nach mehrjähriger Behandlung bei Kindern unter 10 Jahren.

Stepinski (Paris) (Le ferment lactique dans le traitement des rhinites ozéneuses et des otorrhées. Archives internat. de Laryngol. Tome XXX, No. 1, 1910) glaubt nach Aufpulverung von Milchsäureferment auf die zuvor gereinigte Ozaenaschleimhaut günstige Erfolge erzielt zu haben.

Es steckt in diesen zahlreichen Arbeiten der letzten drei Jahre ein grosser Fleiss und ein ehrliches Streben. Das muss vorbehaltlos anerkannt werden. Wenn wir trotzdem kaum einen wesentlichen Fortschritt wahrnehmen können, so liegt das sicher zum grossen Theil daran, dass Fragen zur Discussion stehen, die der Einzelne nicht mit Sicherheit zu beantworten vermag. Hier soll die *Sammelforschung* helfend eingreifen.

Sie soll vorhandene und als solche anerkannte Lücken ausfüllen und eine Grundlage für weitere Arbeiten auf diesem Gebiete schaffen. Sie soll auch der Ozaenafrage neue Freunde und Mitarbeiter werben. Gehen wir an diese gemeinsame Arbeit heran nicht mit dem Optimismus, der ein volles Gelingen auf ganzer Linie erhofft. Dies dürfen wir nicht erwarten, da unsere Arbeit von unberechenbaren Factoren abhängig ist und einen ersten Versuch darstellt, der als solcher die Bedingungen für seine Unvollkommenheit in sich trägt. Treten wir aber dieser Aufgabe auch nicht mit jenem, jeden Fortschritt hemmenden Pessimismus gegenüber, der von vornherein mit einem Misserfolg rechnet. Von der Geschicklichkeit und dem Eifer der Herren Organisatoren und vor allem von der energischen Mitarbeit der Herren Collegen wird der Erfolg unserer Arbeit abhängen.

Literaturverzeichnis.[1])

(Die mit einem * bezeichneten Arbeiten waren dem Referenten nicht zugänglich.)

1. *Adam, Pathogénie et traitement du coryza atrophique. Glasgow med. journ. Juillet 1909.
2. Alexander, Arthur (Berlin), Serodiagnostische Untersuchungen zur Frage der Beziehungen zwischen Ozaena und Syphilis. Zeitschr. f. Laryngologie u. Rhinologie. 1909. Bd. I. H. 6. S. 669.
3. Derselbe, Ueber das Wesen der Ozaena. Alte Hypothesen in neuer Form. Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. XXII. S. 260.
4. Derselbe, Discussionsbemerkungen zu W. Sobernheim's Vortrag: „Serologische Untersuchungen bei Ozaena". Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung v. 19. März 1909. S. 20, 25 u. 28.
5. Derselbe, Fall von Ozaena trachealis. Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung v. 14. Januar 1910. S. 6—7.
6. Derselbe, Fälle von Ozaena nasalis. Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung v. 14. Januar 1910. S. 4.
7. Arzt, L. und B. Grossmann, Zur Frage der Bedeutung der Wassermannschen Reaction in der Rhino-Laryngologie. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. 44. Jahrg. 1910. No. 3.
8. Baumgarten, Egmont (Budapest), Discussionsbemerkung zu M. Steiner's Vortrag über Ozaena. Sitzungsber. d. rhino-laryngol. Section d. Kgl. ungar. Gesellsch. d. Aerzte in Budapest. II. Sitzung v. 10. März 1908.
9. Derselbe, Ueber die Frühformen der Ozaena. a) Vortrag, geh. i. d. Section f. Rhino-Laryngol. des XVI. Intern. med. Congr. Budapest 1909. II. Bd. der Sectionsverhandl. S. 478. b) Archiv. f. Laryngol. u. Rhinol. 1909. Bd. XII. S. 492. c) Orvosi Hetilap. 1910. No. 5.

1) Ref. erlaubt sich an dieser Stelle denjenigen Herren, welche ihm die Verfertigung dieses Berichtes durch Zusendung von Separatabdrücken wesentlich erleichterten, nochmals seinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

10. *Botey, Ricardo (Barcelona), Las inyecciones de parafina en el Ozena son actualmente el major tratamiento de esta affección? Archivos de Rhinologia, Laringologia y Otologia. 1909. No. 61.
11. Derselbe, Les injections de paraffine dans l'ozène sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection? Communication à la XV. section (Rhinologie et Laryngologie) du XVI. Congrès international de médecine. Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. T. XXXV. No. 11.
12. Broeckaert (Gand), Discussionsbemerkungen zu dem Vortrag des Herrn Bourack „Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine". XVI. internat. med. Congr. Budapest, August-September 1909. Section XV. Laryngol-Rhinol. Bd. II. S. XXIX.
13. Derselbe, Discussionsbemerkung zu dem Vortrage des Herrn David (Paris): Traitement des rhinopharyngites chroniques et spécialement de l'ozène, par les courants de haute fréquence. XVI. Congrès internat. de médecine. Budapest, Août-Septembre 1909. Sect. XV. Laryngo-Rhinologie. II. Bd. S. LXXII. (VIII. Sitzung).
14. Brünings (Jena), Demonstration neuer diagnostischer und therapeutischer Hilfsmittel und deren Anwendung. 5. Paraffinspritze. Verhandl. d. Vereins Deutscher Laryngologen. Freiburg i. B., 1909. S. 79—80.
15. Bourack (Charkoff), Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine. XVI. internat. med. Congress. Budapest, August-September 1909. Section XV. Laryngologie-Rhinologie. Bd. II. S. XXVIII.
16. *Caboche, Société de laryngologie, d' otologie et de rhinologie de Paris. Sitzung vom 12. Februar 1910.
17. *Caldera, Bedeutung der Wassermann'schen Reaction zur Diagnose der syphilitischen Erkrankungen von Nase, Hals, Ohr. Arch. ital. di otolog. Bd. 20. Sept. 1909.
18. *Carreras, Contribucion el estudio del tratemiento del ocena por las corrientes de alta frecuencia. Revista barcelonosa de enfermodados de vido. 30. Sept. 1910.
19. Castex, André (Paris), Infections à distance chez les ozéneux. Journal des praticiens. 31. Juli 1909.
20. Compaired, Celestino (Madrid), L'atrophie ozéneuse pure de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1910.
21. Derselbe, La atrofia ozenosa y sus complicaciones oto-cráneo-cerebrales. Communicaciones presentadas en el III. Congreso español de oto-rhino-laringologia, verificado en Sevilla del 12 al 17 de abril de 1910. Madrid, R. Velasko 1910.
22. Derselbe, La ozena y sus complicaciones. Publicaziones de clinicá y laboratorio. Biblioteca médica de autores españoles. Vol. I. Zaragoza 1911.
23. David (Paris), Traitement des rhino-pharyngites chroniques et spécialement de l'ozène, par les courants de haute fréquence. XVI. Congrès international de médecine. Budapest, Août-Septembre 1909. Sect. XV. Laryngologie-Rhinologie. Bd. II. S. LXXII. (VIII. Sitzung.)

24. *David, Maurice, Actualités dans le traitement de l'ozène. Bulletin de laryngologie. Oct. 1909.
25. Daubigney, Louis, Les théories pathogéniques de l'ozène (Etude critique). Thèse de Montpellier. 1909.
26. *Eisenlohr, Eugen (Reutlingen), Die Wassermann'sche Reaction bei Ozaena. Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1909.
27. Derselbe, Untersuchungen über die Aetiologie der Ozaena. Inaug.-Dissert. Freiburg 1908.
28. *Ewart, Allbutt and Rolleston's system of medicine. 1909.
29. Farraci, Giuseppe (Palermo), Sulla natura tubercolare di alcune lesioni nasali. XVI. Congrès internat. de médecine. Budapest, Août-September 1909. Sect. XV. Laryngologie, Rhinologie. Bd. II. S. 532.
30. Foy, Robert, Ozène et rééducation respiratoire nasale. Nouvel essai thérapeutique. Annales des maladies de l'oreille. T. XXXVI. No. 12.
31. Fränkel, Bernhard (Berlin), Discussionsbemerkungen zu W. Sobernheim's Vortrag: „Serologische Untersuchungen bei Ozaena". Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung v. 19. März 1909. S. 25 u. 28.
32. J. S. Fraser u. F. E. Reynolds, A contribution to the question of ozaena. Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. Vol. XXVI. No. 4. April 1911.
33. Gendreau, Behandlung der Ozaena mit hochfrequenten Strömen. Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris. Sitzung v. 12. Febr. 1909.
34. Gillot, Henry J. B. Guy Joseph, Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène. Thèse de Lille. 1909.
35. *Goldstein, J., Zur Frage der Aetiologie der Ozaena (K woprosu ob etiologii ozeny). Jeshemesjatschnik. No. 12. 1910.
36. Grünwald, L. u. A. Waldmann (München), Studien über den bakteriellen Antheil an der Production des „Ozaena"-Syndroms. Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. I. Abtheilung. Originale. 60. Bd. 1911. Heft 5.
37. Haike, H. (Berlin), Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen der Kinder und ihre Ergebnisse für Entwicklungsgeschichte, Diagnostik und Pathologie. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XXIII. 1910. S. 243 (Abschnitt 5).
38. Derselbe, Discussionsbemerkung zu A. Alexander's Demonstration: „Fälle von Ozaena nasalis". Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 14. Januar 1910. S. 5.
39. Halle, Max (Berlin), Discussionsbemerkungen zu W. Sobernheim's Vortrag: „Serologische Untersuchungen bei Ozaena". Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 19. März 1909. S. 24, 27 u. 28.
40. Heymann, Paul (Berlin), Discussionsbemerkungen zu W. Sobernheim's Vortrag: „Serologische Untersuchungen bei Ozaena". Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 19. März 1909. S. 27.
41. Holinger, J. (Chicago), Ozaena, no terra incognita. The Laryngoscope. Januar 1909.
42. Hutter, Fritz (Wien), Zur Paraffin-Therapie der Ozaena. Arch. f. Laryngol. 24. Bd. 2. Heft.

43. Imhofer, R. (Prag), Ueber Ozaena. Sammelreferat der neuesten Literatur. Prager med. Wochenschr. 1910. No. 37. S. 458.

44. Jouty, Antoine (d'Oran), Critique des théories pathogéniques de l'ozène. Archiv. internat. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Tome XXIX. No. 3.

45. Kuttner (Berlin), Discussionsbemerkung zu A. Alexander's Demonstration: „Fälle von Ozaena nasalis". Verhandlung. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 14. Januar 1910. S. 5.

46. Derselbe, Discussionsbemerkung zu A. Alexander's Demonstration: „Fall von Ozaena trachealis". Verhandl. d. Laryngol. Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 14. Januar 1910. S. 7.

47. Large, Secord H. (Cleveland, Ohio), Atrophic rhinitis. The Laryngoscope. März 1909.

48. Lavrand, H. (Lille), Pathogénie et traitement de l'ozène. Journal des sciences médicales de Lille. No. 31. 31. Juillet 1909 und Revue hebdomad. de Laryngologie. 30. Année. No. 29. 17. Juillet 1909.

49. Derselbe, Du traitement de l'ozène. Archives internat. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. XXX. 1910. No. 2. p. 400.

50. Leroux, Robert (Paris), Pathogénie et traitement de l'ozène (Paraffino-Thermothérapie). La Presse Médicale. No. 37. 7. Mai 1910.

51. *Macdonald, Allbutt and Rolleston's System of Medicine. Vol. IV. Part II. 1909.

52. *Masip (Barcelona), Las inyecciones de parafina solida en el ozena. Revista de ciencias médicas de Barcelona. November 1908.

53. Möller (Hamburg), Atmokausis bei Ozaena. Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen 1910 (Dresden). S. 318.

54. Derselbe, Discussionsbemerkung zu Schönemann's Vortrag: „Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Ozaena". Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen. Freiburg i. B. 1909. S. 170.

55. Morelli (Budapest), Discussionsbemerkungen zu dem Vortrage des Herrn Bourack: „Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine". XVI. Intern. med. Congress (Budapest). August-September 1909. Sect. XV. Laryngo-Rhinologie. Bd. II. S. XXIX.

56. Natier, Marcel, Ozène et gymnastique respiratoire. Extrait des bulletins et mémoires de médecine de Paris. 28. mai 1910.

57. Derselbe, Ozène, nutrition et respiration, étiologie et pathogénie. Extrait des bulletins et mémoires de la société de médecine de Paris. 9. juin 1911.

58. v. Navratil, Desider (Budapest), Discussionsbemerkung zu M. Steiner's Vortrag über Ozaena. Sitzungsberichte der rhinolaryngologischen Section der Kgl. ungar. Gesellsch. der Aerzte in Budapest. II. Sitzung vom 10. März 1908.

59. * de Pahna, Heilung der Ozaena durch Hochfrequenzstrom. Annali di elettricità medica e terapia fisica. Bd. 8. No. 12.

60. Rethi (Wien), Discussionsbemerkungen über Bourack's Vortrag „Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine. XVI. Internat. med.



Congress. Budapest. Aug.-Sept. 1909. Sect. XV. Laryngorhinologie. Bd. II. S. XXIX.

61. Rosenberg, Albert, Discussionsbemerkungen zu W. Sobernheim's Vortrag: „Serologische Untersuchungen bei Ozaena". Verhandlungen der Laryngologischen Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 19. März 1909. S. 23, 27 u. 28.
62. Scheier, Max, Discussionsbemerkungen zu W. Sobernheim's Vortrag: „Serologische Untersuchungen bei Ozaena". Verhandlungen der Laryngologischen Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 19. März 1909. S. 23 u. 28.
63. Schönemann, A. (Bern), Nouvelles contributions à la pathogénie et au traitement de l'ozène. Archives internationales de laryngologie. Tome XXVIII. No. 4. (Abdruck des auf dem deutschen Laryngologentag 1909 gehaltenen Vortrags.)
64. Derselbe, Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Ozaena. Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen. Freiburg i. B. 1909. S. 168.
65. Schötz (Berlin), Discussionsbemerkungen zu W. Sobernheim's Vortrag: „Serologische Untersuchungen bei Ozaena". Verhandlungen der Laryngologischen Gesellsch. zu Berlin. Sitzung vom 19. März 1909. S. 27.
66. Slavtcheff, G. (Bulgarien), De l'ozène. Etiologie, bactériologie. Toulouse 1907.
67. Sobernheim, Wilhelm, Ozaena und Syphilis. Neue Beobachtung. Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XXII. S. 430.
68. Derselbe, Wassermann'sche Complementbindungsmethode und Ozaena. Nach einem Vortrage, gehalten in der Laryngologischen Gesellsch. am 19. März 1909. Archiv. für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XXII. S. 1.
69. Steiner, Maximilian (Budapest), Zur Weiterentwicklung der Lehre von der Ozaena. Archiv für Laryngologie. Bd. 21. S. 282. 1909.
70. Thost (Hamburg), Discussionsbemerkungen zu dem Vortrage des Herrn Bourack: „Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine". XVI. Internat. med. Congress. Budapest. August-September 1909. Sect. XV. Laryngorhinologie. Bd. II. S. XXIX.
71. Uffenorde, W. (Göttingen), Complicirte Fälle von Nasennebenhöhlenerkrankung. Zeitschr. für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Bd. III. 1911. S. 597.
72. Wassermann (München), Discussionsbemerkung zu Schönemann's Vortrag: „Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Ozaena" Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen. Freiburg i. B. 1909. S. 171.
73. Derselbe, Ueber die kosmetische und therapeutische Anwendung des Paraffins auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten. Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein München. Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1910.
74. *Watson-Williams, Rhinology. 1910.
75. Weinstein, Joseph (New-York), Ueber die Bedeutung der Wassermann'schen Syphilisreaction für die Rhinolaryngologie. Deutsche med. Wochenschr. 1909. No. 39.
76. *Wilson, J. G., Surgical treatment of atrophic rhinitis. New York medical journal. 11. Dec. 1909.

77. *Wingrave, Proc. Roy. soc. med. 1910.
78. Winckler (Bremen), Discussionsbemerkung zu Schönemann's Vortrag: „Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Ozaena". Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen. Freiburg i. B. 1909. S. 170.
79. Zickgraf, Goswin (Bremerhafen), Xerose und Anosmie. Zeitschr. für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Bd. III. S. 53. 1910.
80. Zimmern, M. M. et Gendreau, Traitement de l'ozène par la haute fréquence. Archives de l'électricité médicale expérimentales et cliniques. No. 272. 25. October 1909.
81. *Dieselben, Résultats éloignés du traitement de l'ozène par la haute fréquence. Société de l'internat. des hôpitaux. 27. November 1909.

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **H. Halász** (Miskolc, Ungarn). **Ueber richtige Athmung und ihre Vortheile.** *Orvosok lapja. No. 8–9. 1910.*

Beherzigenswerthe Winke für praktische Aerzte.

POLYAK.

2) **Braun** (Zwickau). **Ueber die Localanästhesie bei Operationen im Trigeminusgebiet.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 111. Bd. 4.—6. H. 1911.*

Die Zweige des I. Trigeminusastes sind leicht durch Injectionen in den hinteren Theil der Orbita zu treffen, der II. Ast am Foramen rotundum durch Einstich direct unterhalb des Jochbeinkörpers. Der N. lingualis und alveolaris superior werden in der Mundhöhle an der Lingula injicirt. Die Patienten werden mit Veronal, Morphium-Skopolamin vorbereitet.

SEIFERT.

3) **A. Ephraim** (Breslau). **Ungiftige Schleimhautanästhesie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1033. 1911.*

Wenn auch das Novocain weniger giftig ist als das Alypin, so darf es doch nicht als ganz ungefährlich angesehen werden. E. erinnert an die zwei Todesfälle, die Claus dem Novocain zugeschrieben hat. Auch E. selbst erlebte in seiner Sprechstunde einen Exitus, den er auf eine Novocainvergiftung bezieht; Einzelheiten des Falles fehlen.

Da alle Substanzen, die allgemeine Narkose hervorrufen, auch localanästhesirende Eigenschaften besitzen, so hat E. eine Reihe dieser Narcotica, die flüssig oder genügend wasserlöslich sind, auf die Nasenschleimhaut eingepinselt (Chloralhydrat, Urethan, Amylenhydrat, Paraldehyd, Anästhesin, Chavanne'sche Lösung). Alle diese Mittel bewirken nur eine geringe und bald vorübergehende Hypästhesie. Schon bessere Resultate ergab das Chinin. bimuriat. carbamidat., ein Doppelsalz von Chininharnstoff, namentlich bei submucöser Anwendung in 1 proc. Lösung. Aufgepinselt auf die Schleimhaut in 50 proc. Lösung, bewirkt es eine Schädigung

des Epithels. Deshalb warnt der Autor davor, das Chin. bim. carb. im Kehlkopf anzuwenden; einige Male trat unter Bildung von grauen Belägen starke Entzündung der Kehlkopfschleimhaut auf, einmal mit vorübergehender starker Stenose. Auf der Tracheal- und Bronchialschleimhaut dagegen bewirkt dieses Mittel schon in 1proc. Lösung und unter Zusatz von Suprarenin (1 : 10) eine schnelle und völlige Anästhesie und bei dieser starken Verdünnung ohne schädliche Nebenwirkung. Es wird ein abgebogener Zerstäuber in die Glottis eingeführt und circa 2 ccm der Lösung in die Tiefe eingestäubt. Die Dauer dieser Chininanästhesie im Tracheobronchialgebiet ist eher länger als durch Cocain und Novocain.

Aufpinselungen von 50proc. Antipyrinlösung auf die Nasenschleimhaut bewirken ebenfalls eine hochgradige Hypästhesie; doch tritt die Anästhesie langsamer ein als bei Chin. bim. carb. E. hat nun eine Lösung aus gleichen Theilen Antipyrin, Chin. bimuriat. carb. und Wasser hergestellt und betrachtet dieselbe auf Grund einer grossen Reihe von Beobachtungen als völlig ungiftigen und ausreichenden Ersatz des Cocain. Der einzige Nachtheil dieser Lösung besteht darin, dass sie wegen ihres hohen Chiningehaltes das Schleimhautepithel schädigt, doch sind diese Schädigungen nur vorübergehender Natur und praktisch bedeutungslos.

Eine hochgradige anästhetische Wirkung hat das Antipyrin, wenn es in 2proc. wässriger Lösung injicirt wird. E. hat in 42 Fällen die submucöse Resection des Septums schmerzlos ausführen können nach einmaliger Bepinselung des Septums mit oben erwähnter Antipyrin-Chininmischung und Injection von ungefähr 6 ccm 2proc. Antipyrinlösung. Dieselbe Injectionsflüssigkeit benutzte E. mit gutem Erfolge auch zur Anästhesie bei Resection der unteren Muscheln (20 Fälle) und einmal bei doppelseitiger Tonsillectomie.

Verf. kommt zu folgendem Schlusse: eine völlige Anästhesie lässt sich durch Substanzen herbeiführen, die ungiftig, sterilisirbar, sehr schnell wirksam und dabei sehr billig sind. In Nase und Rachen wird die Anästhesie für oberflächliche Eingriffe erreicht durch eine Lösung von Antipyrin und Chinin. bimuriat. carb. in Wasser, für tiefergehende Eingriffe durch submucöse Injection von 1proc. Chinin. bimur. carb. oder besser von 2proc. Antipyrin, in der Trachea und den Bronchien durch Einstäubung von 1proc. Lösung von Chinin. bimur. carb. In allen Fällen — ausser vielleicht für die submucöse Injection in die unteren Nasenmuscheln — empfiehlt sich der Zusatz von Suprarenin im üblichen Verhältniss (1 : 9). Nur für die Anästhesie des Kehlkopfes ist die Verwendung der bisher üblichen specifischen, aber auch giftigen Anästhetica nicht ganz zu umgehen; jedoch kann ihre Concentration weit unter das übliche Maass herabgesetzt werden. OPPIKOFER.

4) **J. Safraneck** (Budapest). **Der gegenwärtige Stand der Inhalationstherapie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1081. 1911.*

Der Vortrag wurde am 21. ungarischen balneologischen Congress gehalten. Die in den letzten Jahren vorgekommenen technischen Neuerungen, sowie die bei Inhalation zur Anwendung kommenden neueren Arzneimittel werden aufgezählt. Die Frage, ob fein zerstäubte Flüssigkeiten auf dem Wege der Inhalation in die kleinsten Luftröhrenäste und Alveolen gelangen können, wird, gestützt auf eigene Versuche an Hunden, bejaht. S. kommt in seiner eingehenden und klaren Arbeit

zu folgendem Schluss: die Inhalationstherapie ist bei Krankheiten der Athmungsorgane, namentlich der Luftwege, eine werthvolle locale Behandlungsart, insofern sie besonders durch günstige Beeinflussung einzelner Symptome als adjuvantes Verfahren sehr gute Dienste leistet.

OPPIKOFER.

5) **Hirschel** (Heidelberg). **Fortschritte auf dem Gebiete der Lokalanästhesie.** *Med. Klinik. No. 45. 1911.*

Zur Leitungsanästhesie wurden etwa 5—7 ccm einer 2proc. und zur subcutanen Infiltration eine 1proc. Novocainlösung verwendet. Mit Hülfe der Leitungsanästhesie wurden im Trigeminusgebiet einige Operationen (Mundboden-Tonsillarcarcinome) mit gutem Erfolge gemacht.

SEIFERT.

6) **Kafemann** (Königsberg). **Zur Entwicklung der medicamentösen Asthma-Therapie.** *Med. Klinik. No. 47. 1911.*

Die von dem chemischen Institut Dr. Oestreicher hergestellte Inhalationsflüssigkeit: Tulisan (Perubalsam, Alypin, Eumydrin, Adrenalin, Glycerin), die mittels Spray in die Nase eingebracht wird, scheint günstig zu wirken.

SEEIFRT.

7) **Imhofer** (Prag). **Erfahrungen über Salvarsan in der Oto-Rhino-Laryngologie.** *Prager med. Wochenschr. No. 41. 1911.*

Uebersichtsreferat, woraus erhellt, dass namentlich das Gehörorgan vor jeder Salvarsanbehandlung eine eingehende Berücksichtigung erheische, um nicht schwere Schädigungen durch die Injection zu bedingen.

HANSZEL.

8) **M. D. Lederman. Ein nicht-kaustisches Kresol (Kresatin) bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (A non-caustic cresol [cresatin] in diseases of the nose, throat and ear.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Das Präparat stellt einen Ersatz für Carbolsäure und die Kreosole dar; es besitzt deren wohlbekannte baktericide und analgesirende Eigenschaften, ohne jedoch zu reizen und zur Schorfbildung zu führen.

Kresatin ist in thierischen oder pflanzlichen Oelen, ebenso in Alkohol löslich, jedoch nicht in Wasser; es verändert sich beim Stehen nicht, ist immer gleichförmig und destillirt bei 214—215° C. Verf. hat es in einigen Fällen von atrophischer Rhinitis angewandt, indem er es nach Entfernung des Secretes und der Borken mit Watte kräftig aufrieb. Die Patienten bemerkten eine mehrere Stunden nach der Application anhaltende Feuchtigkeit in der Nase. Auch bei Angina follicularis wurde es angewandt mit dem Effect, dass die Dauer der Erkrankung abgekürzt wurde, wenn es in die Follikel eingerieben wurde. Es hatte in diesen Fällen ausgesprochene analgetische und antiseptische Wirkung. Auch in einem Falle von vorgeschrittener Tuberculose der Epiglottis war die Wirkung eine gute.

EMIL MAYER.

9) **Hans L. C. Huitfeldt. Klinische Erfahrungen über Thiosinamin und Fibrolysin. (Kliniske Erfaringer med Thiosinamin og Fibrolysin.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 2. 1911.*

In 3 Fällen von Strictura oesophagi hat H. ein gutes Resultat mit Fibrolysineinspritzung und gleichzeitiger Bougiebehandlung erzielt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

10) **Ebeling. Therapie und Prophylaxe der Erkrankungen der oberen Luftwege durch „Menthasept".** *Allg. Med. Central-Zeitung. No. 41. 1911.*

Tablette, ein Paraformderivat in organischer Verbindung mit Milchzucker darstellend. Sie soll desodorisirend und desinficirend wirken und kommt therapeutisch besonders bei den durch Jod- und Quecksilbercuren erzeugten Affectionen in Betracht.

WILH. SOBERNHEIM.

11) **Baur** (Schwäbisch-Gmünd). **Das neue Heilmittel Pnigedin.** *Allg. Med. Central-Zeitung. No. 19. 1911.*

Keuchhustenmittel, bestehend aus Zimmt, schwarzem Hollunder, dem Glycosid Pingodin und Gerstenmalz. Es wird als „ganz besondere Bereicherung des Arzneischatzes" empfohlen.

WILH. SOBERNHEIM.

12) **Hesse** (Pirna). **Automatisch functionirender Dauerinhalationsapparat für kalte Trockenluft.** *Med. Klinik. No. 45. 1911.*

In erster Linie zum Gebrauch für Schwindsüchtige bestimmt, dann auch für alle Erkrankungen der Luftwege, bei welchen feuchte Absonderungen zur Auftrocknung zu bringen sind.

SEIFERT.

13) **Gentsch's Präcisions-Tropfenzerstäuber für Hals, Nase und Kehlkopf, sowie zur Behandlung des Asthmas.** *Med. Klinik. No. 50. 1911.*

Mit einem einzigen Druck auf einen Ballon oder durch Ansaugen mit dem Mund können ein oder mehrere Tropfen Arzneiflüssigkeit in Form von Gasnebel applicirt werden.

SEIFERT.

14) **Pertschichin. Taschenbeleuchtungsapparat für oto-laryngologische Zwecke. (Kormannyi oswetitelnyi pribor dlja oto-laringol. nadobnostei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 367. 1911.*

Beschreibung einer Stirnlampe mit Trockenelementen.

P. HELLAT.

15) **Jos. D. Heitger. Elektrischer Spiegelwärmer. (Electric Laryngeal Mirror-Heater.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Kann leicht überall angeschlossen werden, ist stets steril; erwärmt den Spiegel in einem Augenblick.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **J. L. Dennis. Angeborene knöcherne Choanalatresie. (Congenital bony atresia of the choana.)** *Colorado Medicine. April 1911.*

Es wurde ein Schleimhautlappen gebildet und nach oben über das Septum geschlagen, dann der Knochen mittelst einer handgetriebenen Trephine entfernt und der Lappen wieder replazirt. Das Resultat war nur mässig, insofern nur eine geringe Luftmenge passiren konnte.

EMIL MAYE

17) **Jacob Parsons Schaeffer. Die laterale Nasenwand beim Menschen mit besonderer Berücksichtigung ihrer verschiedenen Entwicklungsstadien. (The lateral wall of the cavum nasi in man with especial reference to the various developmental stages.)** *Annales of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1911.*

Es ist leider nicht möglich, die Ergebnisse, zu denen Ref. auf Grund seiner sorgfältigen anatomischen Studien in Bezug auf die Entwickelung der lateralen Nasenwand und der Nebenhöhlen, sowie insbesondere in Bezug auf die Anatomie des Infundibulum ethmoidale gelangt ist, in Form eines Referates wiederzugeben; wir müssen auf das Original verweisen.

EMIL MAYER.

18) **W. Chamberlain. Tuberculose der Nase nebst Bericht über zwei Fälle. (Tuberculosis of the nose with report of two cases.)** *The Laryngoscope. Ohio State Medical Journal. August 1911.*

In beiden Fällen handelte es sich um die proliferirende Form, in beiden waren Anzeichen von gleichzeitiger Lungenerkrankung vorhanden. In beiden Fällen gab erst der Nasenbefund Anlass zum Auffinden der Lungenkrankheit.

EMIL MAYER.

19) **C. Doremus van Wagenen. Primäre Nasentuberculose. (Primary tuberculosis of the nose.)** *The Laryngoscope. August 1911.*

Die Diagnose schwankte zuerst zwischen Lues und Tucberulose; sie wurde sicher gestellt, als auch in anderen Theilen des Respirationstractus Anzeichen von activer Tuberculose auftraten.

EMIL MAYER.

20) **M. Fleischmann** (Budapest). **Tuberculose der Schleimhaut des knorpeligen Septums.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 1911.*

Die histologische Untersuchung eines zur Probe excidirten Stückes ergab die Diagnose: „Lymphosarkom“; deshalb wurde die Geschwulst mit der knorpeligen Unterlage entfernt und erst die Untersuchung der ganzen Geschwulst führte zur richtigen Diagnose. Pat. hatte auch eine Infiltration der Lungenspitze, Pirquet- und Tuberculinreaction waren stark positiv.

POLYAK.

21) **Ove Strandberg. Behandlung des Schleimhautlupus nach Pfannenstill. (Behandling af Slimhindelupus ad modum Pfannenstill.)** *Hospitalstidende. No. 45. 1911.*

Die Pfannenstill'sche Methode bezweckt, therapeutischen Nutzen aus Jod in statu nascendi in den Geweben zu ziehen, was dadurch hervorgerufen wird, dass man Jodnatrium per os und Ozon, H_2O_2 oder einen anderen oxydirenden Stoff local giebt.

Wenn die Diagnose festgestellt ist, beginnt der Pat. mit geringeren Dosen Jodnatrium, die auf 3 g täglich steigen. 2mal täglich werden mit einer Auflösung von 3proc. Oxydol getränkte Gazetampons in die Nase gelegt. Die Pat. tröpfeln alle 10 Minuten Oxydol auf die eingelegten Tampons. Verf. hat in Finsen's medicinischem Lichtinstitut 104 Patienten mit Lupus cavi nasi nach Pfannenstill's Methode behandelt und ausgezeichnete Resultate erzielt. Man habe mit

anderen Methoden natürlich auch Resultate gehabt, aber nicht so schnelle wie mit dieser, die zugleich den Vortheil habe, dass man keine Rücksicht auf den Unterschied zwischen alten und frischen Leiden zu nehmen brauche.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

22) **Jonathan Wright** und **Lawrence W. Strong. Einige Laboratoriumsbefunde über die Anwesenheit von Fetten und Lipoiden bei Rhinosklerom und über Variationen in der Bacteriologie dieser Krankheit. (Some laboratory notes on the presence of the fats and lipoids in the lesion of rhinoscleroma and on variations in its bacteriology.)** *N. Y. Med. Journal. 18. März 1911.*

Aus den Untersuchungen über das Fett ist besonders hervorzuheben der Nachweis von Seife innerhalb mancher Lymphocyten, was Verff. als etwas nach seinen Erfahrungen ganz Ungewöhnliches bezeichnet.

Mittelst der Methode der Complementbindung haben Verff. nachgewiesen, dass der Frisch'sche Rhinosklerombacillus mit dem Friedländerbacillus identisch ist.

EMIL MAYER.

23) **Baracz. Ueber das Nasenscleroma. (O trardzieli nosa.)** *Tygodnik Lekarski. No. 18. 1911.*

Ein 25jähriger Klempnermeister meldete sich beim Verf. im Jahre 1898 mit verstopfter Nase in Folge eines Oedems in der linken Nasenhöhle. Als die Neubildung trotz mehrfacher Excision wieder hervortrat und sich auf die Nasenrachenhöhle und den Kehlkopf ausbreitete, wandte der Verf. die Excision der Art. carotis externa an. Darauf schnitt er einzelne skleromatöse Tumoren aus und injicirte Formalin in $^2/_{1000}$ Lösung und wandte auch Elektrolyse an. Nach jedem Eingriffe hielt die Besserung nicht lange an, deswegen schritt Verf. im Jahre 1911 zur radicalen Behandlung. Seit dieser Zeit kehrte die Neubildung nicht wieder. Im Kehlkopfe wandte Verf., nachdem er die Tracheotomie ausführte, die Schrötterschen Tuben an.

A. v. SOKOLOWSKI.

24) **v. Ruediger-Rydygier jr.** (Lemberg). **Zur Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 35. 1911.*

Die Röntgenstrahlen stellen nicht nur ein Palliativmittel dar, sondern führen bei richtiger Anwendung zur völligen Heilung. Der Verf. wendet die Röntgenstrahlen in Serien von 14—18tägiger Dauer und mit ungefähr ebenso lange dauernden Pausen an.

SEIFERT.

25) **Nemenow. Zur Rhinosklerom-Behandlung mit Röntgenstrahlen. (K lotschenija rinoskleromy lutschomi Röntgena.)** *R. Wratsch. p. 1064. 1911.*

Verf. berichtet über einen sehr fortgeschrittenen Fall von Rhinosklerom, bei dem die ganze äussere Nase in eine unförmige geschwürige Masse verwandelt war. In 21 Sitzungen von Röntgenstrahlenanwendung war die Nase soweit wieder hergestellt, dass Patient, wie aus der Abbildung ersichtlich, ein von der Norm wenig

abweichendes Aussehen hat. N. wendet jedesmal Maximaldosen an und macht danach eine Pause von 14 Tagen.

P. HELLAT.

26) **A. Rydygier jun. Zur Therapie des Rhinoskleroms mittelst Röntgenstrahlen. (W sprawie leczenia twardzieli premionial mi Röntgena.)** *Tygodnik Lekarski. No. 34. 1911.*

Seit zehn Jahren wendet Verf. methodisch Röntgenstrahlen bei verschiedenen Formen des Rhinoskleroms mit ziemlich gutem Erfolge an.

Fälle wurden beobachtet, in denen kein Recidiv im Laufe von 5 Jahren stattfand. Verf. giebt in genauer Weise sein technisches Verfahren an.

A. v. SOKOLOWSKI.

27) **F. Froning. Ueber die pathologischen Veränderungen der Stirnhöhlenschleimhaut.** *Dissert. Bonn 1911.*

Mittheilung von 5 mikroskopisch untersuchten Fällen chronischer Stirnhöhleneiterung. Eine Metaplasie des Epithels fand sich in 4 der 5 Fälle und meist in grosser Ausdehnung.

OPPIKOFER.

28) **Imhofer** (Prag). **Die acute Entzündung der Stirnhöhle.** *Prager med. Wochenschr. No. 13. 1911.*

Uebersichtsreferat der neueren Literatur.

HANSZEL.

29) **C. Doremus van Wagenen. Postoperative doppelseitige Stirnhöhlenentzündung. Ausgedehntes Osteom der Stirn- und Nasenbeine und der Orbita mit darüberliegendem Lipom. Framboesie. (Post-operative double frontal sinusitis. Extensive osteoma of frontal and nasal bones and orbital fossae with superimposed lipoma causal factor: Framboesia.)** *The Laryngoscope. Mai 1911.*

Es handelte sich um ein Ehepaar, das an Framboesia tropica litt. Die Frau hatte den grössten Theil ihres Lebens in Havana zugebracht, der Mann war öfter in Geschäften in den Tropen gewesen. Die „Goundou“, auch Hundenase genannte Entstellung der äusseren Nase beruht auf einer proliferirenden Periostitis, die von den Processus nasales der Oberkiefer ausgeht.

EMIL MAYER.

30) **Sargnon. Ueber einige Fälle von Nebenhöhlenchirurgie und namentlich des Sinus frontalis. (Quelques cas de chirurgie des sinus de la face et notamment des sinus frontaux.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXII. No. 1.*

Die Publicationen des Verf.'s charakterisieren sich dadurch, dass seine Fälle gewöhnlich in Gemeinschaft mit anderen Collegen beobachtet oder operirt worden sind und daher auch verschiedentlich anderweitig vorpublicirt sind. Dafür aber bietet er den Vortheil, immer viele Fälle auf einmal bringen zu können und die Krankengeschichten kurz zu erzählen. Es sei nochmals auf die Methode des Verf.'s aufmerksam gemacht, die Kieferhöhle zwecks Diagnose zu endoskopiren, und zwar durch ein kleines Bohrloch, das durch die Alveolenapophyse angelegt wird. Was die acuten Entzündungen der Stirnhöhle anlangt, so schätzt Verf. die

Nothwendigkeit der Intervention auf 1:20. Das dürfte vielleicht doch nur auf die specielle consultatorische Thätigkeit des Verf. zu beziehen sein. LAUTMANN.

31) **Luc** (Paris). **Meine gegenwärtige Technik bei der Radicalbehandlung der chronischen Stirnhöhleneiterungen.** *Zeitschr. f. Laryngologie. Bd. 4. S. 273. 1911.*

Verf. hat seine Methode der Stirnhöhlenoperation (Methode von Luc-Ogston) seit Bekanntwerden der Killian'schen Stirnhöhlenoperation aufgegeben. Er beobachtete nämlich bei seiner Methode öfters Recidive, gewöhnlich am Ende der dritten Woche nach der Operation; überdies sah er einige Male im Anschluss an sein Operationsverfahren bei früher uncomplicirter Stirnhöhleneiterung nun intrakranielle Complicationen auftreten (zweimal Hirnabscess, einmal Osteomyelitis des Schädels mit intrakranieller Infection und einmal rasch verlaufende Leptomeningitis). Die Gesammtzahl der operirten Fälle ist in der Arbeit nicht genau angegeben, so dass die Procentzahl der bei dieser Methode auftretenden Todesfälle nicht bestimmt werden kann.

Seit Bekanntwerden des Killian'schen Verfahrens hat nun Verf. keine intrakranielle postoperative Infection mehr zu verzeichnen. Dieses günstige Resultat erklärt sich Verf. durch den Umstand, dass bei dieser Methode die um das Infundibulum gelegenen Siebbeinzellen entfernt werden und nun eine ausgedehnte Communication zwischen Stirnhöhle und Nasenhöhle zu Stande kommt. In dieser weiten Communication erblickt Verf. den Hauptvortheil des Killian'schen Verfahrens. Er hält sich im Uebrigen nicht streng an die Vorschriften von Killian. So nimmt Verf. die vordere Wand der Stirnhöhle nur dann weg, wenn die Höhle aussergewöhnlich hoch nach der Haargrenze hinaufreicht und fügt dann auch, um die Weichtheile leichter zurückschieben zu können, dem nach Killian angegebenen Bogenschnitt noch einen Vertikalschnitt hinzu. In allen übrigen Fällen begnügt sich Verf. aus ästhetischen Rücksichten mit der Resection der unteren Wand. Von 10 nach diesem Verfahren Operirten trat bei 3 eine Eiterretention auf, so dass die Höhle wieder eröffnet werden musste (bei 2 in den ersten Wochen und bei 1 Falle 3 Jahre nach der Operation). Die Knochenhöhle wird am Ende der Operation gründlich mit Jodtinctur ausgerieben. Bei den 3 letzten Fällen kam die Localanästhesie in Anwendung. OPPIKOFER.

32) **John A. Thompson. Eine sichere intranasale Methode zur Eröffnung der Stirnhöhle. (A safe intranasal method of opening the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. August 1910.*

Nach Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel wird eine Sonde in die Stirnhöhle eingeführt und dann eine scharfe Raspel, die genau auf die Sonde passt, über diese hinweg in die Höhle geschoben; wird nun die Raspel herausgezogen, so schneidet sie den Knochen nach vorn und unten fort. Dieses Manöver wird wiederholt, indem man jedesmal, wenn durch Fortnahme von Knochen der Widerstand sich verringert hat, die Raspel höher in den Ductus nasofrontalis einführt. Das Ganze kann in ein paar Minuten ohne wesentliche Schmerzen für den Patienten vollendet werden. Da der Knochen in Folge der Entzündung

erweicht zu sein pflegt, so vollzieht sich die Entfernung meist leicht. Ist die Höhle eröffnet, so können verschieden geformte Curetten, Zangen u. s. w. benutzt werden, um allen erkrankten Knochen zu entfernen. Die Einlegung einer Tube für Drainage ist nicht nötig.

EMIL MAYER.

33) **Sobernheim** und **Blitz** (Berlin). **Weitere Untersuchungen zur Frage der primären latenten Rachenmandeltuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 25. Heft 1.*

Verff. nahmen an 120 Kindern mit adenoiden Vegetationen Impfversuche nach der Methode v. Pirquet's vor, die in denjenigen Fällen wiederholt wurden, in denen die erste Impfung positiv ausgefallen war. Dem Gedanken lag die Erwägung zu Grunde, dass, wenn wirklich der positive Ausfall der Reaction auf eine primäre latente Rachenmandeltuberculose zu beziehen wäre, nach Entfernung des tuberculösen Herdes die Reaction negativ werden müsste. Zum Nachweise etwaiger Tuberkelbacillen wurde das entfernte adenoide Gewebe mit Antiformin eingeschmolzen.

Das Resultat der Antiforminuntersuchungen ist völlig negativ gewesen, indem auch nicht ein einziges Mal Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten; auch ist es nicht gelungen, durch radicale Entfernung der Rachenmandel ein vorher positives Resultat in ein negatives zu verwandeln.

Von 120 Patienten reagirten 47 positiv, 67 negativ, 6 zuerst negativ, später positiv.

Interessant ist die Thatsache, dass die Resultate der Impfungen bei dem ausgewählten Material im Allgemeinen den Resultaten bei sonstigen Pirquetimpfungen gesunder Kinder in den verschiedenen Altersstufen entsprechen. Diese Ergebnisse sprechen gegen jeden Zusammenhang von Adenoiden mit Tuberculose.

WILH. SOBERNHEIM.

34) **Czerny** (Strassburg). **Sind adenoide Wucherungen angeboren?** *Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. X. 1911.*

Polemik gegen Erdely; die adenoiden Wucherungen sind nicht angeboren.

SEIFERT.

35) **Kopylow. Einige theoretische Annahmen über gegenseitige Beziehungen zwischen dem trockenen Katarrh des Rachens und den Adenoiden. (Nekotorija teoretitscheskija predpoloshenija o wsaimootnoschenii meshdu suchim katoirom glotki i adenoidami.)** *Jeshemesjatschnik. p. 354. 1911.*

K. sieht die Ursache der trockenen Pharyngitis in der Rückbildung der Rachenmandel. Daher solle die Rachenmandel in jedem Falle entfernt werden.

P. HELLAT.

36) **Geschelin. Zur Diagnose und Operation adenoider Wucherungen. (K diagnostike i operazii adenoidnych rasraschtschenii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 342. 1911.*

Die interessante Arbeit enthält viele Einzelheiten, in denen die vieljährige Erfahrung des kritischen Autors sich widerspiegelt. Autor hat auf ungefähr $3^1/_2$ Tausend Adenotomien 27 mal Nachblutungen beobachtet; mehrere recht

schwere. In schwereren Fällen Tamponade oder sofort Nachoperation. G. operirt gewöhnlich ohne jegliche Narkose und Anästhesie mit den üblichen Instrumenten. Bei der Frage der gleichzeitigen Operation der Gaumentonsillen giebt er der Adenotomie den Vorzug.

P. HELLAT.

37) **Nikitin. Adenoide Wucherungen. Indicationen und Methoden der Entfernung, Zufälle und Complicationen bei der Operation. (Adenoidnyja rasraschtschenija, pokasanija i sposoby udalenija, slutscheinosti i osloshnenija pri operazii.)** *Jeshemesjatschnik. No. 14. 1911.*

Das Referat, welches zum zweiten russischen Congress für Otolaryngologie als Programmthema aufgestellt und Nikitin übertragen wurde, enthält in kurzer Fassung alles das, was im Laufe der Jahre über diese Krankheit als wissenswerth sich herausgestellt hat.

P. HELLAT.

38) **Otto Köbl. Beiträge zur Lehre von den adenoiden Vegetationen und der Hypertrophie der Gaumentonsillen.** *Dissert. Würzburg 1910.*

Nach einer Einleitung über die Pathologie der Adenoiden und Gaumenmandelhypertrophie erstattet Verf. Bericht über die in der Zeit vom 1. December 1905 bis 1. October 1910 in der Seifert'schen Poliklinik in Würzburg behandelten Fälle, 392 von Adenoiden, 199 von Gaumenmandelhyperplasie. Operirt wurde im Allgemeinen ohne Narkose, bei Kindern über 12 Jahren bisweilen unter Anwendung einer 10proc. Cocain-Alypinlösung.

FINDER.

39) **F. Schleissner. Adenoiditis acuta, ein Beitrag zur Lehre vom Drüsenfieber.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 27. Januar 1911.) *Prager med. Wochenschr. No. 24. 1911.*

Symptomencomplex: Kind bekommt plötzlich hohes Fieber, einziger Localbefund vermehrte Schleimbildung im Nasenrachenraum, Schwellung der regionären Lymphdrüsen, die nach Ablauf der acuten Entzündung sich nicht völlig zurückbildet.

HANSZEL.

40) **Polonski. Zur Technik der Entfernung von adenoiden Vegetationen. (K technike operazii udalenija adenoidnych rasraschtschenii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 183. 1911.*

P. führt die Operation mit einem von ihm veränderten Fein'schen Adenotom aus.

P. HELLAT.

41) **Kazenelenbogen. Neue Adenoidenzangen. (Nowye adenoidnye schtschipzy.)** *Jeshemesjatschnik. p. 30. 1911.*

Autor ist von den Vorzügen seines Instrumentes fest überzeugt.

P. HELLAT.

c. Mundrachenhöhle.

42) **M. Engelhardt. Ueber den syphilitischen Primäraffect am Zahnfleisch.** *Dissert. Leipzig 1909.*

Mittheilung von 5 Fällen, die von Prof. Rille beobachset wurden. Die Zahnfleischsklerose ist manchmal wenig charakteristisch, namentlich dann, wenn gleich-

zeitig acut entzündliche Erscheinungen bestehen. Die wichtigste Begleiterscheinung ist die indolente Drüsenschwellung.

OPPIKOFER.

43) **Strandberg** (Stockholm). **Familiär auftretende, recidivirende Schleimhautulceration im Mund und Rachen.** *Dermatol. Zeitschr. Bd. XVIII. 1911.*

Die von Jacobi als Ulcus neuroticum oris, von Loblowitz als Ulcus aphthosum chronicum bezeichnete Krankheit scheint im frühesten Kindesalter nicht aufzutreten, sondern ungefähr zur Pubertät zu beginnen, in den Jugendjahren und bis zu den dreissigern ihr Maximum zu erreichen und dann an Intensität abzunehmen. Sie beginnt als kleine Knötchen, die etwas sich vergrössern und zu gelblichgrauen Geschwüren mit scharfen Rändern sich umwandeln. Sie können sich überall auf der Schleimhaut im Munde, Rachen, Zunge, Pharynx und den Tonsillen entwickeln.

SEIFERT.

44) **Mayer. Purpura haemorrhagica.** (Aerztlicher Verein in Brünn, Sitzung vom 9. Januar 1911.) *Wiener med. Wochenschr. No. 19. 1911.*

Buckelige Vorwölbungen von völlig blauer Farbe an der hinteren Rachenwand.

HANSZEL.

45) **Landesberg. Ein Fall von localer Argyrie.** (Gesellschaft f. innere Medicin u. Kinderheilk. in Wien.) *Wiener med. Wochenschr. No. 22. 1911.*

46jähriger Mann pinselt seit 5 Jahren mit starkprocentiger Lapislösung seinen Rachen und zeigt schiefergraue, fast bläulichgraue Verfärbung des Meso- und Hypopharynx. Zum Schlusse einige Bemerkungen über allgemeine Argyrie.

HANSZEL.

46) **Johannes Müller** (Nürnberg). **Ein Fall von Pharyngo- und Nephrotyphus.** *Med. Klinik. No. 37. 1911.*

Ein Dienstmädchen war unter den Erscheinungen einer Angina erkrankt, der sich eine schwere hämorrhagische Nephritis anschloss. Der weitere Verlauf zeigte, dass es sich um eine Angina typhosa handelte. Günstiger Verlauf.

SEIFERT.

47) **Dobrowolski. Die primäre Pharynxtuberculose. (Przewlekia pierwotna gruzlica gardzieli.)** *Medycyna. No. 15. 1911.*

Ein 21jähriger Mann, der seit einem Jahre krank war, hatte auf dem weichen Gaumen und auf der Vorder- und Hinterfläche der Uvula ein Geschwür mit grauem Belage und Granulationen, umgeben von einer Infiltration. Dabei fühlte der Kranke Schmerzen im Halse und in den Ohren. Lues war ausgeschlossen. Die mikroskopische Untersuchung erwies nichts Bestimmtes. Nach einmonatiger klimatischer Behandlung trat eine ausgezeichnete Besserung ein.

A. v. SOKOLOWSKI.

48) **S. Whillis** und **F. C. Pybus. Ueber Enucleation der Tonsillen mit der Guillotine. (On enucleation of tonsils with the guillotine.)** *Brit. Med. Journ. 25. November 1911.*

Weiterer Bericht über 100 Fälle, in denen die Tonsille in der Kapsel vollständig mit der Guillotine nach der im Lancet (17. September 1910) beschriebenen Methode der Verff. entfernt worden ist.

J. A. WRIGHT.

49) **Greenfield Sluder. Eine Methode der Tonsillectomie mittels der Guillotine. (A method of tonsillectomy by means of a guillotine.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 25. März 1911.*

Das Wesentliche der Methode besteht darin, dass Verf. die Tonsille in der Richtung nach vorn und aufwärts aus ihrem Bett loslöst und dann sich eines anatomischen Merkpunktes am Unterkiefer bedient, um sie in die Guillotine hineinzubringen. Diese anatomische Merkstelle ist ein Höcker direct oberhalb der Linea mylo-hyoidea, gebildet durch den letzten Molaris in seiner Alveole. Verf. nennt ihn „Alveolarhöcker des Kiefers". Verf. beschreibt sehr ausführlich die verschiedenen Handgriffe, die er anwendet, um — bei der rechten Tonsille mit der rechten Hand, bei der linken mit der linken Hand operirend — die Tonsille immer unter Benutzung jenes Merkpunktes in die Guillotine hineinzubringen.

EMIL MAYER.

50) **Luther Colby Rood. Eine Modification der Sluder'schen Methode der Tonsillectomie. (A modification of Sluder's method of tonsillectomy.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 29. Juli 1911.*

Nachdem, wie Sluder (cfr. voriges Referat) es beschreibt, die Tonsille in das Fenster der Guillotine mit Hülfe des „Alveolarhöckers des Kiefers" hineingepresst worden ist, wird das distale Ende der Drahtschlinge über die Guillotine und unter Führung des Zeigefingers hinter die Tonsille und ihre Kapsel gebracht.

EMIL MAYER.

51) **O. A. Lothrop. Die Resultate der Tonsillectomie. (The results of tonsillectomy.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 3. August 1911.*

Von den 61 operirten Fällen war bei 60 pCt. nach der Operation kein Tonsillargewebe mehr vorhanden, bei 40 pCt. waren Reste davon auf einer oder beiden Seiten geblieben. Von der ersten Gruppe traten bei $8^1/_2$ pCt. später noch Anginen auf, von der zweiten Gruppe bei 28 pCt.

EMIL MAYER.

52) **E. E. Harris. Makroglossie. (Macroglossia.)** *Jowa Medical Journal. 15. Mai 1911.*

Bericht über einen ein 5jähriges Mädchen betreffenden Fall, bei dem plötzliche Schwellungszustände der Zunge auftraten, während welcher diese einen solchen Umfang annahm, dass sie die ganze Mundhöhle ausfüllte, nach hinten bis zum Larynx reichte und die Lippen auseinanderdrängte. Dieser Zustand dauert einige Zeit, lässt dann nach: die Zunge bleibt aber noch etwas grösser, als vor dem Anfall.

EMIL MAYER.

53) **E. Pollak** (Graz). **Primärsklerose der Zunge.** (Verein der Aerzte in Steiermark.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 41. 1911.*

55jähriger Mann mit multiplen luetischen Primärsklerosen der Zunge mit sehr bedeutenden submaxillaren und submentalen Lymphdrüsenschwellungen.

HANSZEL.

54) **Bayer** (Bonn). **Ein Fall von Lymphosarkom der Zunge.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 111. Bd. 4.—6. H. 1911.*

In der linken Hälfte des Zungengrundes sass der Tumor und setzte sich in

den Zwischenraum zwischen die Gaumenbögen fort. Nach vorausgegangener Tracheotomie Exstirpation durch Pharyngotomia suprahyoidea. Schon nach einem Monat Recidiv.

SEIFERT.

55) **Arzt** (Wien). **Circumscriptes Lymphangiom der Zunge.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 110. Bd. 1911.*

Circumscriptes Lymphangiom der Zunge bei einem 7jährigen Knaben.

SEIFERT.

56) **H. E. Smyth. Accessorische Schilddrüsentumoren der Zunge. (Accessory thyroid tumors of the tongue.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1911.*

Accessorische Schilddrüsentumoren der Zunge sind häufiger, als gewöhnlich vermuthet; sie sind aufzufassen als eine Bemühung der Natur, die an normaler Stelle fehlende Schilddrüse zu ersetzen. Sie erfordern gewöhnlich keine Behandlung. Man muss sich, bevor man sie entfernt, vergewissern, dass irgend eine andere Quelle der Schilddrüsensecretion besteht.

EMIL MEYER.

57) **Charles H. Mayo. Linguale, sublinguale und andere Arten von versprengten Strumen. (Lingual, sublingual and other forms of aberrant thyroids.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 2. September 1911.*

Finden sich linguale und sublinguale Tumoren bei demselben Patienten, wie es in einem Fall des Verf.'s so war, dann kann die Entfernung in 2 Stadien geschehen, erstens von einer transversalen Incision mit Trennung der Muskeln, wie bei der gewöhnlichen Kropfoperation und später Enucleation der oberen Portion an der Zunge.

Bei der Enucleation der Zungenkröpfe wird nach Cocainisirung des Pharynx der Patient ätherisirt und bei extrem herausgezogener Zunge der Tumor ausgeschält. Bei grossen Tumoren ist es rathsam, die Art. linguales zu unterbinden und eine präventive Laryngotomie zu machen.

Im Allgemeinen ist die Operation vom Munde aus zwar blutig, aber erfolgreich.

EMIL MAYER.

58) **Hans L. C. Huitfeldt. Ein Mundspeculum mit elektrischer Lampe. (Et Mundspeculum med elektrisk lampe.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 8. 1911.*

H. beschreibt eine gewöhnliche elektrische Taschenlaterne mit einer unter einem Winkel angebrachten Metallröhre, woran die Lampe und das Speculum befestigt wird.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

d. Diphtherie und Croup.

59) **S. Dzierzgowski. Active und passive Immunität gegen Diphtherie. (Odpornosc czynna i bierna przeciwko blonicy.)** *Przeglad Lekarski. No. 35, 36. 1911.*

Verf. theilt die Ergebnisse der langjährigen experimentellen Untersuchungen mit, welche er im St. Petersburger Institut für experimentelle Medicin vorge-

nommen hat. Diese hochinteressante, streng wissenschaftliche Arbeit lässt sich nicht kurz referiren; nur sei bemerkt, dass Verf. betont, dass die passive Immunisirung mittelst Serum ungenügend ist im Kampfe gegen Diphtherie, dagegen verspricht eine active Resultate von besserem Werthe.

Die Methode, die auf directer Einführung der Diphtherietoxine in den Organismus beruht, wurde vom Verf. an sich selbst vor 9 Jahren erprobt, wobei er die Ueberzeugung gewann, dass ein derartiges Verfahren keinen schädlichen Einfluss auf den menschlichen Organismus ausübt. A. v. SOKOLOWSKI.

60) **W. S. Thomas** und **W. L. Terriberry. Fall von Anaphylaxie. (Case of anaphylaxis.)** *Medical Record. 5. August 1911.*

Pat. bekam 3000 I.-E. in die Bauchhaut gespritzt. Nach 5 Minuten begann er continuirlich zu niessen und seine Nase wurde verstopft. Er begann dann schwindlich zu werden; 15 Minuten nach der Injection war er cyanotisch, die Athmung mühsam, er hustete und warf eine blutig gefärbte seröse Flüssigkeit aus. Das Gesicht war, besonders um die Augen herum, geschwollen. Die Conjunctiva war injicirt, die Haut kalt und mit Schweiss bedeckt, der Puls nicht fühlbar. Eine Injection von Atropin und Strychnin hatte den Erfolg, dass die Athmung ruhiger wurde und der seröse Auswurf nachliess. 25 Minuten nach der Injection war der Puls kaum fühlbar, der Blutdruck war zu niedrig, um mit dem Sphygmomanometer aufgenommen werden zu können. Die Haut war überall hellrot. Die Zunge war geschwollen, ihre Ränder zeigten die Zahneindrücke; der weiche Gaumen und die Uvula waren ödematös und ihre Gefässe injicirt. Ungefähr nach 4 Stunden waren alle Erscheinungen vorübergegangen. Der erste entleerte Urin hatte ein specifisches Gewicht von 1032, war neutral, enthielt kein Albumen und Spuren von Glycose. Nach 9 Tagen trat eine allgemeine Urticaria auf mit starkem Oedem der Lider. Dies hielt 3 Tage an und verschwand dann. EMIL MAYER.

61) **Collet. Practische Resultate der bakteriologischen Untersuchung beim Croup. (Résultats pratiques de l'examen bactériologique dans le croup.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 37. 1911.*

Auf die Wichtigkeit dieser Arbeit wurde bereits hingewiesen gelegentlich der Besprechung dieser Arbeit, als sie zum ersten Mal und in unveränderter Form in den „Annales des maladies de l'oreille etc." erschienen war. LAUTMANN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **J. Victor Laurent. Athmung zur Tonerzeugung. (Respiration for tone production.)** *The Laryngoscope. December 1910.*

1. Wir haben thatsächlich vier Arten der Athmung: Die untere Costal-, zwei Formen von Abdominal und eine Zwerchfellathmung. 2. Die untere Costal-, die erste Form der Abdominal- und die Zwerchfellathmung haben gemeinsam die Contraction während des Inspiriums und allmähliche Erschlaffung während des Exspiriums. 3. Der Zwerchfelltypus fasst die besten Punkte der unteren Costal- und Abdominalathmung in sich und giebt so die grösste Athmungscapacität und die beste Controlle der Athmung während der Tonerzeugung. 4. Die Wirkung des

Zwerchfells ist inspiratorisch sowohl bei activer wie passiver Athmung. 5. Bei Uebungen, die die Controlle der Athmungsmuskeln zum Ziele haben, soll die Sprech- und nicht die Singstimme benutzt werden. 6. Die Zwerchfellathmung soll nicht nur von Sängern und Rednern, sondern von Jedermann benutzt werden, da sie die grösste Athemcapacität giebt.

EMIL MAYER.

63) **K. Kassel** (Posen). **Galen's Lehre von der Stimme.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 243. 1911.*

Bis zur Zeit von Galen waren unsere Kenntnisse über die Stimmfunction ganz gering. Galen hat dann mit Hilfe der Vivisection, deren Ergebnisse in der Arbeit näher erörtert werden, das Studium der Stimmbildung bedeutend gefördert; ihm gebührt das Verdienst, als Erster das Studium der normalen Vorgänge als den einzigen Ausgangspunkt für die Erkenntniss von krankhaften Störungen und für deren Verhütung systematisch betrieben zu haben. Seine hygienischen Vorschriften zur Pflege der Stimme beziehen sich meist nur auf die Ernährung.

OPPIKOFER.

64) **H. Zwaardemaker** (Utrecht) und **L. Bouman** (Amsterdam). **Die experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkt.** *Onderzoekingen Physiol. Laborat. Utrecht. 5. Reihe. XI. 1910.*

Wiedergabe des Referates für den XVI. internationalen medicin. Congress Budapest.

H. BURGER.

65) **Zahn** (Stuttgart). **Ueber centrale Störungen der Articulation.** *Medicin. Corresp.-Bl. d. württemberg. ärztl. Landesvereins. No. 27—29. 1911.*

In dem Vortrage werden die Articulationsstörungen bei der Pseudobulbärparalyse, der multiplen Sklerose, der progressiven Paralyse besprochen und daran schliessen sich Erörterungen über Stammeln und Stottern.

SEIFERT.

66) **F. Neumann** (Wien). **Ueber einige seltene Sprachfehler und partielle Rhinolalia aperta.** (Aus dem Kgl. Universitätsambulat. f. Sprach- u. Stimmstörungen in Berlin, Director Prof. Gutzmann.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1911.*

Beschreibung dreier Fälle von Sprachfehlern aus dem Gebiete des Sigmatismus, welche sich ihrem Wesen nach von den gewöhnlichen Formen desselben bedeutend unterscheiden. In den beiden ersten Fällen handelt es sich um eine „üble Gewohnheit", im dritten ist die Insufficienz der Sprache auf eine infantile Pseudobulbärparalyse zurückzuführen.

HANSZEL.

67) **Fröschels** (Wien). **Zur Diagnose des simulirten Stotterns.** *Wiener med. Wochenschr. No. 44 u. 45. 1911.*

Nasenflügelathmen schliesst die Simulation des Stotterns aus, das Fehlen dieses Symptoms jedoch erlaubt nicht den Schluss auf Simulation. Eine gute Unterstützung für die Diagnose bietet die Aufnahme der Nasenathmungscurve.

HANSZEL.



68) **Hugo Stern. Sigmatismus nasalis.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte, Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1911.*

Vorstellung eines geheilten Falles von Sigm. nasalis, der vor einiger Zeit hier vorgestellt wurde. Einige Bemerkungen über den Einfluss von Schallempfindungen auf die Sprache.

HANSZEL.

69) **Fröschels** (Wien). **Ueber die Rhinolalia aperta.** *Wiener med. Wochenschr. No. 39. 1911.*

Abhandlung der Diagnose und Therapie. Der Autor verwendet die combinirte Faradisation und Massage des Gaumensegels bei gleichzeitigem Intoniren. Beschreibung des hierzu nöthigen Apparates.

HANSZEL.

70) **N. Y. Poock Ven Baggen. Stottern, seine Entstehung und Behandlung. (Stuttering, its origin and treatment.)** *Medical Review. 2. September 1911.*

Die Behandlung soll zunächst in Ruhe bestehen und Sprachverbot. Manche Patienten stottern nicht, wenn sie flüstern; diesen soll erlaubt sein, soweit es unbedingt nöthig ist, zu flüstern. Dann kann mit Uebungen der Athmung, Tongebung und Articulation begonnen werden; diese Uebungen sollen dahin zielen, eine ruhige, regelmässige Muskelbewegung herbeizuführen. Nach ein paar Tagen kann erlaubt werden, zu sprechen, jedoch nur in Gegenwart des Lehrers und für ein paar Minuten. Dann beginnen mit aller Vorsicht Conversationsübungen und sind diese von Erfolg, so darf der Patient sich einige Minuten mit Familie und Freunden unterhalten. Der Patient muss auch nach der Heilung noch unter Controlle bleiben und die Uebungen müssen von Zeit zu Zeit wiederholt werden.

Die Patienten sind nach Temperament, Erziehung und Alter verschieden zu behandeln und es gehört grosse psychologische Erfahrung seitens des Lehrers dazu.

EMIL MAYER.

71) **H. Lewies** (Würzburg). **Beitrag zur Klinik der Larynxtuberculose.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 455. 1911.*

Im Verlaufe der letzten 5 Jahre kamen an der Würzburger Poliklinik (Prof. Seifert) 183 Fälle von Kehlkopftuberculose zur Beobachtung. 71 pCt. gehörten dem männlichen und 29 pCt. dem weiblichen Geschlechte an. Am häufigsten wurde das 5. Decennium befallen. Die zwei jüngsten Patienten waren 10 resp. 14 Jahre alt. Dass bei einseitiger Erkrankung Larynx- und Lungenerkrankung auf der gleichen Seite liegen, konnte L. für viele Fälle nicht bestätigen. 3mal war die Tuberculose anscheinend primär; der eine dieser Fälle ist dadurch interessant, dass sich die Tuberculose auf dem Boden eines früheren endolaryngeal entfernten Amyloids des Kehlkopfes entwickelt hat. In 5 Fällen präsentirte sich die Tuberculose als Tumor. In 18 Fällen bestand eine Perichondritis. In 6 Fällen handelte es sich um Lupus. Besprechung der medicamentösen und chirurgischen Therapie.

OPPIKOFER.

72) **G. Kiralyfi** und **J. Frigyesi** (Budapest). **Beiträge zur Frage der Tuberculose und Gravidität.** *Orvosi Hetilap. No. 40—41. 1911.*

Die Verff., als Assistenten der Kgl. Universitätskliniken für Geburtshülfe und

innere Medicin, sind nach Beobachtungen des grossen Materials ihrer Kliniken zu folgenden Schlüssen gelangt:

Gravidität, Entbindung und Wochenbett üben auf den tuberculösen Process, besonders in fortgeschrittenen Fällen, einen zweifellos schädlichen Einfluss aus. In der Mehrzahl der Fälle kann der Beginn der Tuberculose auf eine bestehende oder vorausgegangene Gravidität zurückgeführt werden, ferner kann in der Mehrzahl der Fälle im Verlaufe der Gravidität eine klinische Verschlimmerung der Tuberculose constatirt werden. Der schädliche Einfluss der Gravidität ist um so grösser, je fortgeschrittener der tuberculöse Process ist. Mütter im I. Stadium vertragen die Gravidität, Entbindung und Wochenbett ungleichmässig besser, als jene, welche an fortgeschrittener Tuberculose leiden. Die Entbindung, besonders aber das Wochenbett, ist im II. Stadium gewöhnlich mit Complicationen (Fieber, Hämoptoe, floride oder miliare Processe etc.) verbunden. Im III. Stadium führt die Gravidität gewöhnlich zum Tode. Eine sehr schwere Complication ist die Tuberculose des Kehlkopfes, besonders während der Entbindung und im Puerperium. Die Tuberculose führt in einem gewissen Procentsatz der Fälle zur vorzeitigen Unterbrechung der Gravidität.

Die Indication der Einleitung der künstlichen Frühgeburt besteht im Anfange der Gravidität in jedem Falle des II. Stadiums, besonders wenn Zeichen der klinischen Verschlimmerung auftreten. Dasselbe gilt für jene Fälle des I. Stadiums, wo sich auch deutliche Zeichen der Verschlimmerung nachweisen lassen, ferner wo der Beginn der Tuberculose mit der vorhandenen Gravidität zeitlich übereinstimmt oder wo die Erfahrung von vorausgegangener Gravidität den schädlichen Einfluss dieser Processe rechtfertigt. Eine absolute Indication ist die Kehlkopftuberculose, mit Ausnahme jener Fälle, wo wegen starker Progression des Lungenprocesses die Kranke ohnehin für verloren gilt. Im III. Stadium hat die künstliche Frühgeburt keinen Zweck, wenn nicht vitale Indication vorliegt. In Fällen von fortgeschrittener Tuberculose mit schlechter Prognose soll die Gravidität im Interesse des Kindes ungestört bleiben. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft im Interesse der Mutter ist nur in den ersten Monaten der Gravidität indicirt; in der zweiten Hälfte soll sie höchstens aus vitaler Indication ausgeführt werden.

POLYAK.

73) **Polanski. Tuberculoma laryngis.** *Medycyna. No. 34. 1911.*

Demonstrationen eines 53jährigen Kranken, bei welchem in der Intraarytänoidalgegend ein circumscriptes Infiltrat in Form eines Tumors bestand.

A. v. SOKOLEWSKI.

74) **G. Schröder** (Schömberg). **Ueber die Behandlung der Larynxtuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. 1910.*

Für eine erfolgreiche Behandlung der Larynxtuberculose ist die Frühdiagnose sehr wichtig. Jeder Lungenkranke ist genau im Larynx zu untersuchen.

Die Larynxtuberculose ist am erfolgreichsten in der geschlossenen Anstalt zu behandeln. Die Volksheilstätten haben sich der noch heilbaren Larynxphthisiker anzunehmen.

Der Kern der Therapie ist die Allgemeinbehandlung. Nur Besserung und



Heilung der Lungen verspricht für den Larynx einen Erfolg. Jeder noch fiebernde oder zum Fiebern neigende Kranke muss conservativ behandelt werden (Ruhigstellung des Larynx, Fernhalten von Reizungen, Hyperämie durch Alkoholpackung und Stauung, Anästhesirung des schmerzenden Organs durch Orthoform, Anästhesin, Alkoholinjectionen in den N. laryngeus sup., Inhalationen von ätherischen Oelen). Desgleichen Kranke mit schweren Complicationen.

Bei geeigneten Kranken erreicht man durch zielbewusstes chirurgisches Eingreifen gute Erfolge (Aetzungen, Curettement, galvanokaustische Stichelung, Excisionen).

Die Tuberculinbehandlung ist bei Larynxtuberculösen nur mit grösster Reserve und Vorsicht zu verwerthen. Sie ersetzt nie die Localbehandlung.

ZARNIKO.

75) **D. v. Navratil. Kritische Studie über die actuelle Therapie der Kehlkopftuberculose. (Etude critique de la thérapeutique actuelle de la tuberculose laryngée.)** *Archives internat. de laryngol. Tome XXXII. No. 1.*

Wie leicht liest sich eine solche kritische Studie, wenn gut bekannte Thatsachen hintereinander aufgeführt werden! Nur einige kleine Bemerkungen. Warum nennt Navratil nicht als Urheber der Stauungsbehandlung bei Kehlkopftuberculose seinen Landsmann Polyak und schreibt er diese Methode Schwertheuski(?) zu? Das Unglück ist nicht gross, da kein Mensch mehr Kehlkopftuberculöse staut. Navratil macht prophylaktisch Tracheotomie bei Kehlkopftuberculose. Er fürchtet, dass diese Methode noch lange brauchen wird, bis sie sich unter den Laryngologen einbürgern wird. Hoffentlich! Kein Wort über die Tuberculinbehandlung: Absicht oder Versehen?

LAUTMANN.

76) **Heinrich Bosse** (Riga). **Zur Behandlung der Larynxtuberculose mittelst des Cykloform-Anästhesin-Coryfin-Sprays.** *Centralbl. f. innere Med. No. 24. 1911.*

Verf. befürwortet die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit oben genanntem Mittel, und zwar empfiehlt er die Selbstbehandlung des Patienten mittels „Glaseptic" — Nebelzerstäuber der Firma Parke, Davis u. Co., da sie dann immer eintreten könne, wenn Schmerzen momentan vorhanden sind.

WILH. SOBERNHEIM.

77) **Lannois. Die Behandlung der Schluckbeschwerden der Tuberculösen durch Injectionen in den Nervus laryngeus superior. (Le traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections au niveau du nerf laryngé supérieur.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVII. No. 7.*

78) **Garel. Injectionen in den Nerv. laryngeus superior bei Schluckschmerzen der Tuberculösen. (Injections anésthésiques au niveau du laryngé supérieur dans le traitement de la dysphagie des tuberculeux.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVII. No. 7.*

Beide Autoren berichten über die Erfahrungen mit Einspritzungen von Cocain und Novocain gegen Schluckschmerz der Tuberculösen. Alkoholinjection haben sie noch nicht versucht, doch gedenken sie es demnächst zu thun. Das Interessanteste sind die historischen Reminiscenzen Garel's über die Versuche der Anästhesie im tuberculösen Kehlkopf.

LAUTMANN.

79) **J. A. Pfannenstiel. Ein neues Heilverfahren bei der Tuberculose und dem Lupus der obersten Luftwege.** *Centralbl. f. d. ges. Therap. No. 1 u. 2. 1911.*

80) **J. A. Pfannenstiel. Einige allgemeine Bemerkungen und Versuche betreffend die Behandlungsmethode localinfectiöser Processe, namentlich Lupus und Tuberculose mittelst Jodnatrium und Ozon oder Wasserstoffsuperoxyd.** *Prager med. Wochenschr. No. 6. 1911.*

In der ersten Arbeit stellt Verf. sein auf innerlicher Darreichung von Jodnatrium und gleichzeitigen Ozoninhalationen beruhendes Verfahren dar (cf. Centralbl. 1911, S. 219, 460 u. 461), er berichtet den „Fall Ester" und noch drei weitere Fälle, ein Mädchen mit Lupus der Nase, ein Mann mit Kehlkopftuberculose und ein Mädchen mit Lupus des Zahnfleisches und der Nase. In allen Fällen trat Heilung ein.

In der zweiten Arbeit geht Verf. besonders auf die theoretischen Grundlagen seines Verfahrens ein. Bei äusserem Lupus ersetzt er das Ozon durch H_2O_2. Ebenso wie das Ozon, wenn es wirken soll, etwas freie Säure enthalten muss, so muss auch das H_2O_2 angesäuert werden. Bei Affectionen der Nasenhöhle wird diese fest mit Gaze austamponirt, welche mit essigsaurer H_2O_2-Lösung durchtränkt ist. Kehlkopfkranke mit gleichzeitiger vorgeschrittener Lungenaffection und solche mit tiefgreifenden Veränderungen im Larynx sind zur Behandlung nicht geeignet.

In einem Falle von Lupus am Arm, der mit Umschlägen von 3proc. H_2O_2 nnd 1proc. Acid. acet. bedeckt wurde, konnte Verf. bei gleichzeitiger Darreichung von 4 g Jodnatrium pro die sich überzeugen, wie nur die lupösen Partien nekrotisch wurden, die benachbarte Haut aber nicht angegriffen wurde. FINDER.

81) **Th. Gluck** und **I. Soerensen** (Berlin). **Ueber chirurgische Eingriffe bei Kehlkopftuberculose.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 371. 1911.*

Bei einem Theil der Kehlkopftuberculosen sollte die Laryngologie in Zukunft einen mehr activ chirurgischen Standpunkt einnehmen und durch Operationen von aussen eine radicale Heilung erstreben. Allerdings sind diese durch Operation von aussen zu behandelnden Fälle sorgfältig auszuwählen, und muss sich die Art des Eingriffes den Bedürfnissen des einzelnen Falles anpassen. So ist bei gleichzeitiger schwerer Lungentuberculose oder bei gleichzeitiger Tuberculose in der Schleimhaut der Trachea oder der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle der äussere operative Eingriff als aussichtslos zu unterlassen. Ebenso ist selbstverständlich von äusserer Operation abzusehen bei Larynxtuberculosen, die unter allgemeiner oder endolaryngealer Behandlung sich bessern.

Verff. haben im Verlaufe der Jahre 34 Operationen wegen Kehlkopftuberculose vorgenommen (7 Tracheotomien, 5 Laryngofissuren, 2 halbseitige Resectionen und 20 Totalexstirpationen). 2 starben an der Operation, 11 sind dauernd geheilt, in 7 Fällen konnte eine Besserung erzielt werden, die länger als ein Jahr angehalten hat; bei 14 endlich ist ein relativer Misserfolg zu verzeichnen, da die Kranken, trotzdem sie den Eingriff überstanden, vor Ablauf eines Jahres ihrer Tuberculose erlegen sind. Da durchweg nur schwere Fälle zur Operation kamen, bei denen die conservativeren Methoden versagt haben, so ergeben obige Resultate

das Recht, auch fernerhin in bestimmten Fällen von Kehlkopftuberculose die äusseren operativen Eingriffe vorzunehmen. Die operativen Misserfolge werden seltener werden, wenn einmal die Indicationen für die in Frage kommenden Operationen präciser gestellt und mit mehr Sicherheit die Fälle ausgeschieden werden können, bei denen die Operation von aussen wegen der Ausdehnung des localen Processes oder wegen des Charakters der complicirenden Lungentuberculose aussichtslos ist.

OPPIKOFER.

82) **J. Möller** (Kopenhagen). **Ueber Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberculose.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 509. 1911.*

Verf. hat bis heute bei 25 Fällen den Kehldeckel wegen Tuberculose mit der Guillotine von Alexander entfernt. Aus den Krankengeschichten geht hervor, dass es sich fast durchwegs um Patienten handelte, bei denen die Lungenerkrankung vorgerückt und der Allgemeinzustand schlecht war. Es ist deshalb erklärlich, dass auch die operativen Resultate keine günstigen waren. So sind von den letzten 10 Fällen 9 meist bereits einige Wochen oder Monate nach dem endolaryngealen Eingriff gestorben; nur bei einem Falle trat Heilung ein.

OPPIKOFER.

83) **Th. Ruedi** (Davos). **Beitrag zur operativen Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 449. 1911.*

R. empfiehlt bei den tuberculösen Infiltrationen der Taschenbänder lateral vom Infiltrat von vorn nach hinten eine Furche bis in den Ventrikel zu brennen und dann das Taschenband mit der Doppelcürette zu entfernen. Die Blutung und die postoperativen Schmerzen sind dann gering.

OPPIKOFER.

84) **Szmurlo. Ein Fall von trichterartiger Trachealstenose syphilitischen Ursprungs. (Przypadek lejkowatego zwezenia tchawicy pochodzenia przymiotowego.)** *Medycyna. No. 34. 1911.*

Bei einem 20jährigen Landarbeiter bestand seit längerer Zeit progressiv zunehmende Athemnoth. Es wurde in dem Rachen eine breite Narbe sowie Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand constatirt. Mittelst Tracheoskop wurde eine trichterartige Stenose unterhalb der Glottis festgestellt, die Ränder derselben zeigten bei der Sondirung sehr harte Consistenz.

Specifische Behandlung blieb resultatlos. Dagegen nahm die Athemnoth bedeutend ab nach methodischer Dilatation der Stenose mittelst Oesophagoskop (Mandrin).

A. v. SOKOLOWSKI.

85) **Beyer** (Hanau). **Beitrag zur isolirten subcutanen Ruptur der Trachea.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 110. Bd. 1911.*

Ein 9jähriger Knabe hatte einen Tritt gegen den Hals bekommen, darnach bildete sich rasch ein universelles Hautemphysem aus bei der Freilegung der Trachea zwischen Ringknorpel und 1. Trachealring. Nach Einführung einer Canüle erfolgte schnell Schwund des Emphysems. Heilung.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

86) **A. Arsumanianz. Zur traumatischen Entstehung der Basedow'schen Krankheit.** *Dissert. Berlin 1910.*

Der Umstand, dass sich an ein Trauma ein Basedow entwickeln kann, spricht für die neurogene und gegen die thyreogene Auffassung der Basedow'schen Krankheit. Die Frage nach der Entschädigung für den von traumatischem Basedow befallenen Arbeiter wird wesentlich von der Frage abhängen, ob der Unfall selbst die Krankheit hervorgerufen hat, oder ob die Krankheit schon vor dem Unfalle bestanden und nur durch den Unfall verschlimmert worden ist. OPPIKOFER.

87) **Bjalokur. Basedowsymptome als Ausdruck tuberculöser Infection und die Bedeutung derselben für die Diagnose und Behandlung der Schwindsucht. (Prisnaki basedowoi bolesni kok projadleniji, bugoitschatkowoi sarasy i snatschenie jich dlja rasposnawanija i letschenija tschachotki.)** *R. Wratsch. p. 1236. 1911.*

Nach den Beobachtungen von B. ist die Combination von Basedow mit Tuberculose keine Seltenheit. Er konnte im Jahre 1908 auf 337 Tuberculöse 27mal Basedow constatiren. Autor beschreibt 10 Fälle genauer und führt aus, dass die Basedowsymptome wahrscheinlich als Folge der tuberculösen Intoxication anzusehen sind.

Die Behandlung des Basedowismus wirkt wohlthuend auf die Tuberculose.

P. HELLAT.

88) **Troitzki. Die Pathogenese und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Pategenes i letschenie basedowoi bolesni.)** *R. Wratsch. p. 421. 1911.*

Es handelt sich um eine kritische Beleuchtung der verschiedenen Theorien über die Entstehung und Behandlung der Basedow'schen Krankheit, nebst mehrfachen Seitenblicken in die Fragen der inneren Secretion. Die Vielgestaltigkeit der Symptomatologie, die Complicirtheit der sich vielfach widersprechenden Theorien, sowie der Zusammenhang dieser Fragen mit den Fragen über den Aufbau und Zerfall des Organismus, welche bei der Beleuchtung dieses Gegenstandes berührt werden müssen, macht den Artikel für ein Referat unzugänglich.

P. HELLAT.

89) **Pereschiwkin. Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Röntgenstrahlen. (K woprosu o letscheni — basedowoi bolesni lutschomi Röntgenia.)** *R. Wratsch. p. 1378. 1911.*

P. führt 3 Krankengeschichten an, in denen Besserung erzielt wurde. Nach der Anschauung des Autors wird in allen Fällen mit geringer Vergrösserung der Schilddrüse durch X-Strahlen Besserung erzielt. Bei stärkeren Vergrösserungen muss zunächst ein Theil der Knoten entfernt werden. P. HELLAT.

90) **W. Bartlett** und **W. P. Glennon. Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. (Observations on the surgical treatment of exophtalmic goitre.)** *Journal Missouri State Med. Assoc. Febr. 1911.*

Alle Fälle von Basedow sollen frühzeitig, d. h. bevor noch Veränderungen



in den wichtigen Organen eingetreten sind, operirt werden. Diejenigen sehr chronischen Fälle, die auch nicht vorübergehend durch Ruhe oder medicamentöse Behandlung gebessert werden können, sollten nicht operirt werden. Bei Ausschluss dieser Fälle und Anwendung der modernen Technik ist die Mortalität bei Thyreoidectomie fast null.

EMIL MAYER.

91) **Robert Mc. Cavrison. Endemische Tetanie im Gilgit Valley. (Endemic tetany in the Gilgit Valley.)** *Lancet. 10. Juni 1911.*

Tetanie ist in Indien sehr häufig; Verf. hat mehr als 60 Fälle gesehen. Sie ist endemisch in gewissen Districten, in denen auch Kropf endemisch vorkommt. Mit Ausnahme eines Falles betrafen alle Frauen und zwar meist während der Schwangerschaft oder Lactation und die Kinder waren häufig cretinös.

Die Anfälle traten meist in der Zeit vom Februar bis Mai auf und zwar gewöhnlich mehrere Jahre hintereinander bei demselben Patienten. Alle Fälle mit Ausnahme des einen männlichen Patienten wiesen einen cystischen oder adenomatösen Kropf auf. Die schwersten 5 Fälle hatten auch myxödematöse Symptome. Acht Fälle wurden durch innerliche Darreichung von Thymol behandelt mit dem Erfolg, dass Besserung eintrat und bei den sieben, die mit der Behandlung fortfuhren, die Anfälle nicht wiederkamen.

Die Krankheit beruht wahrscheinlich auf Intestinalintoxication bei Unzulänglichkeit der Schilddrüse. Die Parathyroideae haben wahrscheinlich keinen Einfluss.

A. J. WRIGHT.

g. Oesophagus.

92) **C. Santini. Eine neue Methode, um den Halstheil des Oesophagus und den unteren Pharynx zugänglich zu machen. (Di un nuovo metodo per aggredire l'esofago cervicale e il faringe inferiore.)** *Bollet. delle Scienze mediche. Bologna 1911.*

Von der Beobachtung ausgehend, wie leicht selbst schwere transversale Trachealwunden, die in selbstmörderischer Absicht gemacht sind, heilen, ohne Folgen zu hinterlassen, und dass diese Heilung noch leichter erfolgen muss, wenn der Schnitt nach allen Regeln der Kunst gemacht wird, hat Verf. die Trachea transversal durchtrennt, um nach Auseinanderziehung der beiden Schnittränder sich Zugang zu dem darunter liegenden Oesophagus zu verschaffen. In Bezug auf die Technik der Operation muss auf das Original verwiesen werden. Bisher ist der Eingriff mit Erfolg bei Thieren gemacht worden.

CALAMIDA.

93) **Theodor Brauch** (Lahr i. B.). **Ein Fall von Lungenabscess, Spontanheilung. Ein Fall von Fremdkörper des Oesophagus.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 33. 1911.*

Der Lungenabscess brach spontan durch, wobei ein angeblich zwei Jahre in der Lunge befindlicher Zahn mit expectorirt wurde. Ausgang in Heilung.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine verschluckte Oberkieferprothese, die Verf. mittels eines Münzenfängers extrahirte.

HECHT.

94) **M. Hirsch** (Wien). **Plastischer Ersatz des Oesophagus aus dem Magen.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 48. 1911.*

Das Verfahren wurde bisher erst am Cadaver und an Hunden geübt.

SEIFERT.

95) **Flesch** und **Péteri** (Pest). **Die Bedeutung der Radiologie bei der Untersuchung von narbigen Oesophagusstricturen bei Kindern.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 73. H. 6. 1911.*

Die Untersuchungen bestätigen den grossen Werth der Zirkon-Röntgenoskopie als Hülfsmittel in der Diagnostik der narbigen Oesophagusstricturen des Kindesalters.

SEIFERT.

96) **K. Morelli** (Budapest). **Durch das Oesophagoskop operirter Polyp der Speiseröhre.** *Orvosi Hetilap. No. 28. 1911.*

Der Polyp war kirschgross, lag ca. 40 cm weit von der oberen Zahnreihe und wurde mit der kalten Schlinge abgetragen.

POLYAK.

97) **Richard H. Johnston. Entfernung einer Caoutchoucplatte aus dem Oesophagus; Bemerkungen über Oesophagoskopie unter Localanästhesie. (Removal of rubber plate from oesophagus; some remarks on oesophagoscopy under local anesthesia.)** *American Journal of Surgery. Sept. 1911.*

Verf. plaidirt für die Anwendung der Localanästhesie; er injicirt vorher Morphium und Atropin.

EMIL MAYER.

98) **Lionel Norbury. Drei Fälle von Zahnplatten in Oesophagus und Pharynx. (Three cases of tooth-plate impacted in tho oesophagus and pharynx.)** *Lancet. 8. Juli 1911.*

Im ersten Fall wurde ein Gebiss während des Schlafes verschluckt und sass bei dem 45jährigen Patienten gerade hinter dem Ringknorpel; Versuche, es mit gekrümmten Zangen zu entfernen, missglückten, da die Haken des Gebisses in der Speiseröhrenwand festsassen. Es wurde die Oesophagotomie gemacht und Pat. genas trotz einer am 10. Tage eintretenden Secundärblutung.

Im zweiten Fall war es ein Epileptiker, der die Platte während eines Anfalls verschluckte und bei dem gleichfalls die Entfernung des oberhalb des Niveau des Sternums sitzenden Fremdkörpers erfolgreich mittels Oesophagotomie vorgenommen wurde.

Auch der dritte Fall betraf einen Epileptiker. Die Platte war in der Hinterwand des Pharynx festgehakt; ein Haken steckte in der Epiglottis. Die Entfernung gelang vom Munde aus mittels gekrümmter Zangen.

Verf. betrachtet festsitzende unregelmässig gestaltete Fremdkörper des Oesophagus als eine Indication für die Oesophagotomia externa: die ösophagoskopische Entfernung hält er für contraindicirt wegen der Gefahr, ernstliche Verletzungen herbeizuführen.

A. J. WRIGHT.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Alfonso Poppi. L'ipofisi cerebrale, faringea e la glandola pineale in Patologia.** Bologna. Tip. Paoli Neri. 1911. p. XII, 214. Con 68 figure nel testo e in 10 tavole.

Verf. hat nach Entfernung der adenoiden Vegetationen erhebliche Besserung oder Heilung beobachtet bei Individuen mit Hypertrophie der Schilddrüse, Exophthalmus, Tachycardie, Tremor, bei Glaukom, Gesichtsfeldeinengung, bei Bronzefärbung der Haut, häufigem Nasenbluten, Asthenie, Symptomen von Hypophysistumor, bei Chorea, Incontinentia urinae, Aphonie u. s. w. Die erzielten Resultate schreibt er nicht nur der verbesserten Nasenathmung zu, denn in einigen Fällen war der entfernte Rest der adenoiden Vegetationen so gering, dass er unmöglich ein mechanisches Hindernis für die Athmung hatte bilden können, sondern auch der wahrscheinlichen Unterbrechung anormaler Gefässcommunicationen zwischen der hyperplasirten Pharynxtonsille und der Rachendachhypophyse und durch eventuelle Reste des Canalis cranio-pharyngeus mit der centralen Hypophyse, die in irgend welcher Weise die Function der Hypophyse beeinträchtigen sollen. Nach einigen Statistiken findet man den Hypophysengang bei ca. 10 pCt. der Föten und der Neugeborenen offen; in der Norm vollzieht sich sein Schluss gegen Ende des dritten Monats des Embryonallebens, selten erst im Kindesalter; er findet sich als Canalis cranio-pharyngeus permanent offenbleibend bei 0,3 pCt. der Erwachsenen und zwar vorwiegend am Schädel von Geisteskranken. Verf. ist der Ansicht, dass der verzögerte Schluss oder das Offenbleiben des Canalis cranio-pharyngeus in Beziehung steht zu primären Veränderungen der Rathke'schen Tasche und des Kopftheils der Chorda dorsalis, die sich für die letztere darstellen als Vorhandensein eines Canalis basilaris medianus, Exostosen des Clivus, als Tuberculum pharyngeum, Crista pharyngea, Hinterhauptsgrübchen. Da der vordere — nervöse — Lappen der Hypophysis höchstwahrscheinlich erst durch die Vereinigung mit dem hinteren — glandulären — seine Wirksamkeit erlangt, so würde in Folge der verzögerten oder aufgehobenen Vereinigung beider Lappen eine Functionsstörung eintreten.

Für die Fälle von permanentem oder intermittirendem Strabismus, bei denen die Adenotomie eine Aenderung herbeiführt, beruft sich Verf. auf die Fälle von Tumoren der Vierhügel und der Zirbeldrüse, bei denen der Strabismus fast constant ist, und kommt so dazu, einen functionellen Zusammenhang zwischen jenen und der Hypophyse anzunehmen.

Da ferner bei gewissen Krankheitszuständen des Kindesalters eine Hyperplasie der Thymusdrüse und der lymphatischen Organe constant ist (bei Rachitis, exsudativer Diathese, Lymphatismus, Skrophulose, Adenoidismus), und ein Persistiren der Thymusdrüse über die physiologische Grenze hinaus, oder ihre Vergrösserung bei gewissen Krankheiten, die nach Eintritt der Pubertät auftreten (Akromegalie, Basedow, Bronzekrankheit, Erb'sche Krankheit) häufig ist, so glaubt Verf., dass diese Hyperplasie nur einer primären Veränderung der Hypophysis und einer dadurch bedingten Veränderung in den Beziehungen zwischen Hypophysis, Zirbeldrüse, Schilddrüse und Thymus entspringt.

Verf. sucht den Zusammenhang der Drüsen mit innerer Secretion ausser durch die Physiologie dieser Organe und die Physiopathologie des Sympathicus auch durch das Neben- und Nacheinanderauftreten von Symptomenbildern zu erklären, die nicht selten sich bei demselben Individuum vorfinden und durch das Vorhandensein einiger den verschiedenen Krankheitsformen gemeinsamen Symptome (Status thymo-lymphaticus, Augensymptome, Lymphocytose, Veränderungen an den Sexualorganen, psychische Störungen u. s. w.).

Verf. sieht für alle diese pathologischen Zustände das Primum movens in einer primären Störung des Zusammenwirkens von vorderem — glandulärem — und hinterem — nervösem — Hypophysislappen. Diese Störung beruht auf dem oben besprochenen anormalen Verhalten des Hypophysenganges und des Kopfendes der Chorda; diese Anomalie ist ihrerseits zurückzuführen auf Tuberculose, Syphilis, Alkoholismus, Nervenkrankheiten u. s. w. bei den Eltern oder auf äussere Einwirkungen während der Schwangerschaft.

Während der Wachsthums- und Entwickelungsperiode strebt der Organismus jene Erscheinungen auszugleichen und durch compensatorische Thätigkeit verschiedener Organe die Functionen wieder herzustellen; sind jedoch die primären Veränderungen sehr tiefgehende, so wird die Störung des functionellen Gleichgewichts besonders ersichtlich, wenn die Periode der Zeugungsfähigkeit eintritt.

Calamida.

---

b) Prof. Dr. **A. Onodi,** Director der Universitätsklinik für Rhino-Laryngologie in Budapest. **Die Nebenhöhlen der Nase beim Kinde.** 102 Präparate in natürlicher Grösse nach photographischen Aufnahmen dargestellt. Mit einem Vorworte von Prof. Dr. W. Waldeyer, Director der Anatomischen Anstalt der Universität Berlin. Würzburg, Curt Kabitzsch. 1911.

Das sehr schmeichelhafte Vorwort Waldeyer's betont besonders die Wichtigkeit dieser Arbeit für die Kenntniss der Entwickelung der Nebenhöhlen beim Menschen als Grundlage für weitere Forschungen und hebt ihre Bedeutung für die Diagnose und Behandlung der Erkrankungen dieser Höhlen im Kindesalter hervor.

Verf.'s Präparate sind mit der Laubsäge in Frontal-, Sagittal- und Horizontalschnitten hergestellt und photographirt. 13 Tafeln enthalten Radiogramme. Die Herren Dr. Lautmann in Paris und Dr. Prausnitz in Breslau haben den erläuternden Text bei den Tafeln ins Französische bezw. Englische übersetzt.

Das Material bezieht sich auf 2 Föten von $6^1/_2$ und 8 Monaten, auf Neugeborene, auf viele Kinder im ersten Lebensjahre und viele Kinder vom zweiten bis 14. Lebensjahr und 3 Adolescenten im 15., 18. und 19. Lebensjahre, im Ganzen auf 32 Individuen.

Der vorausgesendete Text von 24 Seiten fasst die Ergebnisse der Untersuchungen zusammen; der Verf. bespricht zunächst kurz die bisherige Literatur der einzelnen Nebenhöhlen der Kinder, dann bringt er die genauen Maasse der von ihm untersuchten Nebenhöhlen theils nach Schnitten, theils nach Skiagrammen, und zwar für Stirn-, Kiefer-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen gesondert in übersichtlichen Tabellen nach dem Alter geordnet. Es geht daraus hervor, dass die Stirnhöhle im ersten und zweiten Lebensjahre nur als Recessus frontalis (frontale

Siebbeinzelle, Eicken) besteht und den basalen Schuppentheil des Stirnbeins noch nicht erreicht; später wächst sie weiter hinauf, zeigt aber auch wie bei Erwachsenen sehr verschiedene Dimensionen. Jedenfalls ist sie aber im Kindesalter grösser, als man bisher annahm.

Geringere Abweichungen von den früheren Angaben weisen die Maasse der Kiefer-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen auf. In Bezug auf weitere Details muss auf das Original verwiesen werden.

Der II. Theil des Textes befasst sich mit der Pathologie und Therapie der kindlichen Nebenhöhlen, bespricht kurz die Sectionsergebnisse von Harke, Wolff und Wertheim und bringt eine Tabelle über die bisher ausgeführten Operationen an kindlichen Nebenhöhlen. Interessant ist die Thatsache, dass alle 23 Fälle bis auf 3 bei Scharlach vorkamen. Doch hatten auch meine 4 Fälle, welche Verf. übersehen hat, obwohl sie schon 1908 in der Medicin. Klinik No. 18 veröffentlicht wurden (Chiari und Marschik, Zusammenhang der Erkrankungen der Orbita und der Nebenhöhlen der Nase), mit Scharlach nichts zu thun. Sie betrafen ein 4-, ein 5-, ein 10- und ein 11jähriges Kind und heilten alle (drei Operationen von aussen, eine intranasal) völlig aus.

Verf. betont mit Recht, dass die elektrische Durchleuchtung der kindlichen Nebenhöhlen noch viel unsicherere Resultate ergiebt, als bei Erwachsenen und dass sie der Röntgenphotographie weit nachsteht. Aber bei Kindern lässt auch das Skiagramm bei der Diagnose von Eiterungen der Nebenhöhlen sehr häufig in Stich; das Hauptgewicht ist hier auf die klinischen Erscheinungen und die nasale Untersuchung zu legen. Ich kann mich hier ganz auf die Seite Verf.'s stellen.

Verf. bespricht ferner die oben erwähnten Operationen an kindlichen Nebenhöhlen genauer und betont mit Recht besonders, dass die Punction der Kieferhöhle im zarten Alter nicht vom unteren, sondern vom mittleren Nasengange aus vorzunehmen sei. Die anderen Details über die meist extranasal durchzuführende Behandlung der Stirn- und Keilbeinhöhlen und des Siebbeins sind im Original nachzulesen.

Die Abbildungen selbst sind tadellos hergestellt und sehr wohl geeignet, uns mit den Verhältnissen der kindlichen Nebenhöhlen vertraut zu machen. Das Buch wird daher einen bleibenden Werth haben und ist jedem Anatomen und Specialisten auf das wärmste zu empfehlen. Druck und Ausstattung sind hervorragende Leistungen.

O. Chiari.

---

c) III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress zu Berlin.

30. August bis 2. September 1911.

(Fortsetzung und Schluss.)

IV. Tag.

IV. Referat. a) Jacques (Nancy): Sitz, Insertion und Behandlung der sogenannten fibrösen Nasenrachenpolypen.

Die fibrösen Tumoren des Jünglingsalters, bekannt unter dem Namen der Nasenrachenpolypen, haben ihren Ursprung gewöhnlich am hintersten Theil des Nasendaches und nicht am Dach des Cavum; sie inseriren in erster Linie an der

Vorderfläche des Keilbeinkörpers und nicht in dem fibrösen Gewebe am Hinterhauptsbein; sie breiten sich frühzeitig in die Adnexe der Nase und speciell in die Keilbeinhöhle aus, bevor sie in den Epipharynx sich ausbreiten. Die Entfernung der Tumoren per vias naturales hat, wo sie möglich ist, ihre Prognose erheblich verbessert und es ist den beharrlichen Bemühungen der Specialisten zu danken, dass man diesen Erfolg erreicht hat.

b) Hellat (Petersburg): Die Nasenrachenpolypen nehmen trotz ihrer Seltenheit eine eigenthümliche Stellung unter den Fibromen ein wegen ihrer Gutartigkeit im pathologisch-anatomischen Sinne und der Bösartigkeit bezüglich des Endeffects und vieler Begleiterscheinungen infolge der Enge ihres Entwicklungsortes. Was die Behandlung dieser Geschwülste anlangt, so kommt zweifellos eine Selbstinvolution vor, doch kann man im Allgemeinen nicht darauf rechnen, noch sich auf eine nicht operative Therapie verlassen. Die beliebteste der chirurgischen Behandlungsmethoden ist die Elektrolyse, weniger die Galvanokaustik, die aber beide viel Geduld und Ausdauer verlangen. Bei den rein chirurgischen Operationsmethoden kommen zahlreiche Variationen vor, die sich auf die Grundtypen des nasalen, oralen und facialen Weges reduciren lassen und jede dieser Methoden hat 10,3 pCt. Todesfälle und 29,1 pCt. Misserfolge zu verzeichnen. Ref. selbst hält für die beste Methode die, welche die präformirte Oeffnung der Mundrachenhöhle benutzt und ist dafür, die Operation ev. in mehreren Etappen auszuführen. Was die Anästhesie anlangt, so sind Chloroform- und Aethernarkose misslich, und es ist am besten, wenn man mit Localanästhesie auskommt; für die Zukunft scheint die Hedonalnarkose, bei der die störende Maske fortfällt, Hoffnung auf grosse Vortheile zu erwecken.

Denker (Halle): Zur Behandlung der typischen fibrösen Nasenrachenpolypen.

D. empfiehlt in den Fällen, wo elektrolytische Behandlung, endonasale Eingriffe oder per vias naturales durch den Mund ausgeführte Eingriffe nicht zum Ziele führen, die von ihm angegebene Methode der Operation maligner Nasentumoren auch für die Exstirpation der typischen Nasenrachenfibrome zu verwenden. Er hat ebenso wie Hansberg, Killian und Kümmel mit dieser Methode sehr gute Erfahrungen gemacht (der Vortrag wird in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde veröffentlicht).

Ferreri (Rom): Ueber die Pathogenese der Nasenrachenfibrome.

F. geht erst auf die alten Theorien ein und kommt dann zu einer neuen, die er aus seinem klinischen Material gewonnen hat und die darin besteht, dass die Nasenrachenfibrome aus Entwicklungsstörungen der Rachendachhypophyse oder des Canalis craniopharyngeus ihren Anfang nehmen. Darauf demonstrirt er einige Bilder, die diese Theorie beweisen sollen.

Kanellis (Smyrne): Betrachtungen über einige Fälle von Nasenrachenfibrom.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Nasenrachenfibromen, die er in 7 Jahren beobachtet. Alle 3 Fälle konnten als geheilt entlassen werden; bei dem dritten war wegen der Grösse des Tumors, der bis in die Kieferhöhle hineingewachsen

war, eine temporäre Kieferresection nothwendig, während in den beiden ersten Fällen sich die Operation von der Nasen- resp. Mundhöhle ausführen liess. Nach den Erfahrungen mit diesen drei Fällen kann sich Verf. nicht mit der Ansicht einverstanden erklären, dass die Nasenrachenpolypen sich ausschliesslich auf dem fibrösen Gewebe der Rachendachhypophyse inseriren, da der Stiel des Tumors im ersten Falle am oberen inneren Winkel der Choane befestigt war und noch 1 cm breit auf das Septum übergriff; im zweiten Falle sass er etwas höher und erstreckte sich noch auf das Keilbein, und im dritten Falle bildete fast ausschliesslich das Keilbein die Insertionsbasis. Was die Behandlung anlangt, so ist Verf. der Ansicht, dass der moderne Rhinologe die Operation auf den natürlichen Wegen ausführen müsse.

Wassermann (Meran): Endonasale Asthmatherapie.

Verf. spricht von einer endonasalen Therapie des Asthmas, die er seit 10 Jahren anwendet und den übrigen endonasalen Behandlungsmethoden überlegen gefunden hat. Die bisher übliche endonasale Asthmatherapie besteht in der Anwendung des Sprays und in der chirurgischen Beseitigung aller pathologischen Processe in der Nasenhöhle und zeigt häufig Misserfolge oder Recidive. Verf. beschränkt sich nur auf die allernothwendigsten Operationen und legt den Patienten in jede Nasenhöhle einen 3 cm langen, mit irgend einem Localanästheticum getränkten (Verf. benutzt 1—2proc. Lösungen von Eukain, Eumydrin, Cocain oder Alypin) Wattetampon, der 15 Minuten liegen bleibt und wiederholt diese Tamponade erst täglich, dann jeden zweiten Tag u. s. w., bis er schliesslich ganz aufhört. Verf. sah von dieser Therapie sehr gute Erfolge und bittet, sie nachzuprüfen.

Polyak (Budapest): Die intralaryngeale Radiumbehandlung der Kehlkopfpapillome ersetzt vollkommen die operative Behandlung. P. hat zwar Recidive auch nach dieser Behandlungsweise gesehen, dieselben schwanden aber nach nochmaliger Anwendung des Mittels.

Discussion:

Killian (Freiburg) hat diese Behandlung auch in einem Falle versucht, hält sie aber für zu unzuverlässig, da die Angaben der Stärke des Radiums meist nicht richtig sind. In seinem Falle betrug diese nur die Hälfte und es trat ein Recidiv auf, das nach Röntgenbestrahlung wieder zurückging. Diese empfiehlt er.

Ferreri (Rom): Die Plastik nach Laryngostomie.

Bespricht die Vortheile der Laryngostomie unter der Bedingung, dass sie mit Vorsicht ausgeführt wird. Für später, wenn sich der Pat. wieder daran gewöhnt hat, auf natürlichem Wege zu atmen, empfiehlt er eine Plastik, mit der er bei allen 11 Fällen, die er damit behandelte, gute functionelle Resultate erzielt hat.

Moskowitz (Budapest) spricht über die rationelle Behandlung der Nasenrachenkatarrhe, ein Leiden, das in der Praxis der Rhinolaryngologen so häufig sei, dass seine rechtzeitige Behandlung äusserst wichtig erscheine. Die Pinselungen des Rachens wurden und werden meist nur aufs Gerathewohl und nicht auf Grund einer rationellen Indication ausgeführt, wobei sich dann natürlich oft kein Erfolg zeigte, so dass die chronisch-katarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege zu den unheilbaren Leiden gerechnet wurden. Es kommt hier aber viel

auf richtige Behandlung an und es ist eine zweifellose Thatsache, dass durch fachkundige Behandlung der Rhinopharyngitis eine ganze Reihe consecutiver Erkrankungen vermieden werden kann, nur darf der Arzt sich nicht durch die subjectiven, oft falsch localisirten Beschwerden des Pat. zu sehr in seinem therapeutischen Handeln beeinflussen lassen. Verf. behandelt seit 4 Jahren Nasenrachenkatarrhe in der Weise, dass er statt der Rachenpinselungen Einspritzungen von 3 ccm einer 3—5proc. Menthol-Paraffinlösung durch den Rachen in die Nase ausführt, und zwar mit einer gewöhnlichen Record-Larynxspritze. Die dann aus den Nasenlöchern wieder ausfliessende Lösung gestattet, je nachdem sie im Strahl oder tropfenweise zu Tage tritt, einen Rückschluss auf den Grad der katarrhalischen Affection. Die Einspritzung durch den Rachen und nicht durch die Nase hat den Vortheil, dass das Medicament nicht in die Tubenöffnungen eindringen kann. Die Besserung der subjectiven Beschworden des Pat., sowie der objectiven katarrhalischen Erscheinung durch diese Injectionen ist ganz frappant, so dass es Verf. zur Nachahmung empfiehlt.

Guttmann (Prag): Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Pharyngitis.

G. untersuchte, veranlasst durch an sich selbst gemachte Beobachtungen über Coincidenz von Hals- und Magenbeschwerden, den Magensaft nach der Robinschen Methode in 231 Fällen von Pharyngitis und fand bei 179 Hyperacidität, bei 38 Hypacidität und nur bei 14 normale Acidität. Die Patienten klagten über Magenbeschwerden nur in 70 Fällen, die Halsbeschwerden bestanden meist in Brennen, Kratzen und Austrocknen. Mit der medicamentösen Regelung der Magenacidität schwanden auch die Halsbeschwerden, und zwar in 137 später wieder controllirten Fällen 133mal. Diese Erfolge erklären auch die Wirkung alkalischer Mineralwässer bei Rachenkatarrhen, indem es sich in solchen Fällen wohl meist um Hyperacidität handelt. Verf. ist daher der Ansicht, dass die chronischen Pharyngealbeschwerden nur in seltenen Fällen von pathologischen Veränderungen der Schleimhaut des Rachens herrühren.

Trétrôp (Antwerpen): 1. Nervöse Kehlkopfbeschwerden und Lungenphthise.

Verf. berichtet über functionelle Störungen der Larynxinnervation bei Lungentuberculose, die er auf eine toxische Parese der motorischen Larynxnerven zurückführt. Sie kommen oft ganz im Anfang der Lungentuberculose vor, auch hat Verf. sie bei einer Influenzaepidemie beobachtet. Die Behandlung hat die causalen Momente zu berücksichtigen und besteht sonst in Schweigen und Inhalationen, warmen Bädern, Injectionen von Menthol etc.

2. Behandlung der Rachen- und Kehlkopfgeschwülste durch Zink-Ion.

Verf. hat in 6 Fällen von malignen Tumoren des Pharynx und Larynx eine Besserung oder wenigstens Stillstand durch Anwendung des Zink-Ions erzielt, indem er die active positive Zinkelektrode an dem Tumor, die andere, indifferente negative Elektrode an einer beliebigen Stelle, z. B. am Rücken applicirte. Auch nach Thyreotomie und Abtragung maligner Larynxtumoren empfiehlt Verf. die Verwendung des Zink-Ions an Stelle der Galvanokaustik.

Wiszwianski (Berlin) berichtet über die Bedeutung der Nervenmassage in der Rhinolaryngologie, eine Behandlungsmethode, die für die functionellen Erkrankungen, speciell Neurasthenie und Hysterie, in Frage kommt. Cornelius fand nämlich, dass jeder peripher nervöse Schmerz einen ganz bestimmten sensiblen Nervenpunkt zur Ursache hat, der auf einen normalen Reiz mit einer hierzu in keinem Verhältniss stehenden Stärke reagirt, und der sich durch Abtasten des erkrankten Gliedes mit einer für normales Gewebe schmerzlos bleibenden Kraft auffinden lässt. Häufen sich nun die Reize, die solche Nervenpunkte treffen, wie dies bei seelischen Erregungen, körperlichen Anstrengungen, Intoxicationen oder Infectionen etc. der Fall ist, so tritt eine dauernde Erregung ein, die sich bis zu den complicirten Symptomencomplexen der Neurasthenie und Hysterie steigern kann. Das charakteristische Wechselspiel aller dieser nervösen Erscheinungen erklärt sich durch den Zusammenhang aller Nervenpunkte, wodurch sich die Erregung einer Stelle auf andere übertragen kann. Die Nervenpunktmassage bezweckt nun eine Beruhigung jener erregten Nervenpunkte durch reibende Druckbewegung und der Verlauf einer Massagekur, deren Dauer durchschnittlich auf 30 bis 40 Sitzungen sich beläuft, geht für gewöhnlich so vor sich, dass nach einer ursprünglichen Besserung Rückschläge, sogenannte Reactionen, erfolgen, bis allmählich die Heilung eintritt. Auf laryngorhinologischem Gebiete sind besonders nervöser Schnupfen und Husten, nervöse Zuckungen der Gesichtsmusculatur und nervöse Schluck- und Schlingbeschwerden, sowie die nasalen Reflexneurosen, ferner Rheumatismus der Kehlkopfmusculatur und Arthritis cricoarythaenoidea, schliesslich der Globus hystericus, das sogenannte Leerschlucken und die Aphonia hysterica dankbare Angriffsobjecte für die Nervenmassage. Bei der Coryza nervosa ist der Sitz der Nervenpunkte ein ganz verschiedener, sie können über das ganze Gesicht, Brust, Kopf und Rücken vertheilt sein, wie es Verf. in einem Falle gesehen hat. Beim nervösen Husten sitzen sie im Gesicht, bisweilen zu beiden Seiten des Kehlkopfes, vor Allem in der Fossa jugularis, aber auch in den verschiedenen Intercostalräumen. Auch hier erwähnt Verf. einen mit Erfolg behandelten Fall. Verf. hält es daher für durchaus wünschenswerth, dass sich auch die Rhinolaryngologen mit der Technik der Nervenmassage vertraut machen, wozu die vom Ministerium creirte Poliklinik für Nervenmassage gute Gelegenheit biete.

Horsford (London) demonstrirt einen Apparat, um die Epiglottis bei Kehlkopfoperationen zu fixiren.

Kopilow (Sebastopol): Neue Inhalationsmethode — Wechseltemperatur — Inhalation.

K. erzielte eine tonisirende Wirkung auf die Schleimhaut durch Gymnastik der Gefässe, indem er durch steten Temperaturwechsel der zu inhalirenden Medicamente die Blut- und Lymphgefässe zu Verengerung und Dilatation zwang.

Zielinsky (Berlin): Die Bekämpfung der Nasenstenose durch Oberkieferdehnung vom Munde aus.

Z. bespricht die Methode der unblutigen Oberkieferdehnung vom Munde, mit der er die auf dem Boden eines zu schmalen Gaumens entstandene Nasenstenose behandelt.

Baumgarten (Budapest): Die durch nasale Operationen geheilten Sehstörungen.

Es wurden nicht nur solche Sehstörungen, bei welchen Nebenhöhleneiterungen oder andere Veränderungen in der Nase vorhanden waren, operirt, sondern auch solche, bei welchen keine sichtbaren Veränderungen gefunden wurden, wenn der Augenarzt nasale Ursache feststellte. Geheilt wurden Fälle von Neuritis retrobulbaris, Papillitis acuta und chronica, Neuritis optica und beginnende Decoloration.

Max Rosenberg.

---

d) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

75. Sitzung vom 3. Mai 1911.

Vorsitzender: Dr. Gottl. Kiär.
Schriftführer: Dr. Willaume-Jantzen.

I. E. Schmiegelow demonstrirte ein orangegrosses Pulsionsdivertikel, das er bei einem 65jährigen Manne entfernt hatte. Schlucken nach der Operation unbehindert. S. hat bisher 5 Oesophagusdivertikel gesehen, unter denen 3 operirt wurden.

II. E. Schmiegelow: Retrosternale Struma mit Trachealstenose.

41jährige Frau mit Athembeschwerden seit 5 bis 6 Jahren. Nach rechtsseitiger Strumektomie Wohlbefinden.

Im übrigen otologische Mittheilungen.

76. Sitzung vom 4. October 1911.

Vorsitzender: Dr. Gottl. Kiär.
Schriftführer: Dr. Willaume-Jantzen.

I. H. Mygind: Zwei Fälle von Nebenhöhlenleiden mit Augensymptomen.

1. 16jähriges Mädchen mit ödematöser Schwellung der Augenlider und Exophthalmus links; die Krankheit wurde anfangs für Erysipelas gehalten. Geringe Schwellung der linken unteren Muschel, im mittleren Nasengang ein wenig Eiter. Bei der Operation ein grosser subperiostaler Abscess in der Orbita mit directer Verbindung mit den Siebbeinzellen. Nach der Operation traten meningitische Erscheinungen auf, sie gingen aber wieder zurück und es wurde alsdann ein Paratyphus constatirt. Später musste noch das sequestrirte Os lacrymale entfernt und die Stirnhöhle in grösserer Ausdehnung geöffnet werden, dann schliesslich Heilung.

2. 28jähriger Mann mit Schmerzen und Schwellung über dem linken Auge; in der Nasenhöhle nichts Abnormes. Bei der Operation war die Stirnhöhle mit polypoid degenerirter Schleimhaut gefüllt; Ductus nasolacrymalis durch Granulationen verlegt.

Discussion: Waller, Möller.

II. P. Tetens Hald: Fall von circumscripter Gesichtsatrophie („Hemiatrophia facialis progressiva“). Behandlung mittels Paraffin-injection.

Erwähnt die Theorie von Möbius, dass die Ursache der Krankheit in einer von den Tonsillen ausgehenden Infection zu suchen sei, was zu einer sorgfältigen Behandlung jedes Tonsillenleidens auffordern möchte, besonders wenn es mit Trigeminusneuralgie verbunden sei. Demonstrirt eine Patientin von 20 Jahren, bei der die Atrophie im 8. Jahre sich zu entwickeln anfing, seit dem 14. Jahre keine Veränderung des Zustandes. Jetzt beträchtliche Atrophie der rechten Gesichtshälfte, sowohl die Haut und das subcutane Gewebe als den Knochen befallend, ferner in der linken Schläfe ein ähnlicher atrophischer Process.

(Beim Schluss der Sitzung wurde die Patientin nach der Behandlung wieder vorgeführt; das Resultat war sehr befriedigend).

Discussion: Nörregaard.

III. Jörgen Möller: Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberculose.

(Der Vortrag wird in der Zeitschrift für Laryngologie erscheinen.)

Discussion: Mygind, Klein, Blegvad.

IV. N. Rh. Blegvad: Demonstration eines ziemlich grossen knieenden Zinnsoldaten, der durch Oesophagoskopie aus dem oberen Theil der Speiseröhre eines 3 Monate alten Kindes entfernt wurde.

V. H. Mygind: Demonstration eines 32jährigen Mannes mit Sprechbeschwerden infolge einer bulbären Paralyse.

77. Sitzung vom 1. November 1911.

Vorsitzender: Dr. Gottl. Kiär.
Schriftführer: Dr. Willaume-Jantzen.

I. E. Schmiegelow: Beiträge zur Pathologie der Tumoren der Hirnbasis.

2 Fälle, welche die klinischen Erscheinungen eines Hirnbasistumors darboten; die Diagnose wurde in dem einen durch die Operation und die postmortale Untersuchung bestätigt, in dem andern erwies sie sich als falsch.

1. 44jähriger Mann mit Schmerzen in der linken Schläfe und stark abnehmendem Sehvermögen; Atrophie der temporalen Papillenhälfte beiderseits; im übrigen keine Symptome. Im Röntgenbild Sella turcica völlig zerstört, Proc. clinoideus verschwunden. Es wurde mit Aufklappen der Nase der Sinus sphenoidalis transnasal geöffnet; die Decke von Geschwulstmassen durchbrochen, welche entfernt wurden. Mikroskopie: Mischung von Peritheliom und Endotheliom. Patient ist später an einer diphtherischen Tracheo-Bronchialinfection gestorben.

2. 24jähriger Mann; $^3/_4$ Jahr Schwindel und Kopfweh, seit 5 Monaten blind, Papillen weiss und atrophisch. Im Röntgenbild die Gegend der Sella völlig deformirt, Proc. clinoideus ant. und post. sieht man nicht, die Höhlung abgeflacht,

liegt tiefer als gewöhnlich; Sinus sphenoidalis verwaschen. In der Höhlung der Sella ein kirschgrosser Schatten. Diagnose: Tumor, wahrscheinlich Cyste in der Sellagegend. Bei der Operation nur Cerebrospinalflüssigkeit entleert. Section: Riesiger Hydrocephalus mit Atrophie des Schädels.

Discussion: P. Tetens Hald.

II. E. Schmiegelow: Fall von luetischer Fistelbildung zwischen Trachea und Oesophagus.

31jährige Frau, ein paar Monat Schluckbeschwerden, beim Trinken Hustenanfälle. Trachealschleimhaut geschwollen und roth, stellenweise ulcerirt; bei der Oesophagoskopie normale Verhältnisse. Durch Jodkali-Quecksilberbehandlung heilten die Geschwüre, nur im unteren Theil der Trachea eine Fistel, durch die fortwährend das Essen in die Trachea hineingerieth, sodass wiederholte Bronchopneumonien entstanden, deren letzte zum Exitus führte. Section: Tief sitzende, federkielstarke Fistel.

III. E. Schmiegelow: Fall von latenter Sinuitis ethmoidalis, von Meningitis complicirt.

14jähriges Mädchen, nur ein paar Tage krank, Kopfschmerzen, Unruhe, Benommenheit, Aufschreien; bei der Aufnahme typische meningeale Erscheinungen; nichts Abnormes in Nase und Ohr. Liquor stark getrübt, enthielt Pneumokokken; nach 2 Tagen Exitus. Section: In den rechtsseitigen Ethmoidalzellen dicker, grünlicher Eiter.

IV. E. Schmiegelow: Fall von Hemiatrophia facialis, mit Paraffininjection behandelt.

V. E. Schmiegelow: Fall von Stenosis tracheae, mittels der translaryngealen Drainfixationsmethode behandelt.

5jähriges Mädchen, vor 3 Jahren tracheotomirt; ein von der Vorderwand ausgehendes Diaphragma vorhanden, das excidirt wurde, wonach ein dickes Drain eingelegt und durch einen Silberdraht gesichert wurde. Seitdem Wohlbefinden; das Drain wird jetzt auf endolaryngealem Wege entfernt werden.

VI. E. Schmiegelow demonstrirte einen 54jährigen Mann, bei dem er vor 11 Monaten ein ausgedehntes Carcinom des Mundbodens entfernt hatte.

VII. L. Mahler: Bronchoskopie bei vermutheten Fremdkörpern.

2 Knaben von 6—8 Jahren, bei denen Verdacht der Aspiration eines Fremdkörpers bestand; ein paar Tage nach der vermutheten Aspiration pulmonale Erscheinungen und es wurde eine linksseitige Pneumonie nachgewiesen. Es wurde in Narkose Bronchoskopie vorgenommen, bei der jedoch kein Fremdkörper entdeckt wurde. Beide Patienten vertrugen den Eingriff sehr gut und wurden nach Ablauf der Pneumonie geheilt entlassen.

Jörgen Möller.



e) Jahresversammlung der Japanischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft.

XI. Section des III. Japanischen Medicinischen Congresses.

Sitzung vom 3. April 1910 in Osaka.

Rhino-laryngologischer Theil.

Vorsitzender: Okada.

Sir Felix Semon erscheint als Gast und redet auf dringenden Wunsch der Gesellschaft über die Pneumokokkeninvasion des Halses. Hierzu sprechen Wazuji, Kubo und Okada über ähnliche Beobachtungen.

Nishikawa: Vorläufige Mittheilung über die Syphilis der oberen Luftwege.

N. fand Spirochaete pallida einmal im Speichel, aber keinmal im Nasensecret bei 25 Syphilitikern.

S. Hara: Saugtherapie in der Rhinologie.

Kein grosser Werth für diagnostischen Zweck. Besserung nach Anwendung bei acuten sowie chronischen Rhinitiden, Ozaena und Nebenhöhleneiterungen.

Discussion:

Ozeki: Die Heilung durch Saugtherapie ist zweifelhaft.

Kubo: Ueberhaupt keine grosse Hoffnung; über das Urtheil der Resultate muss man sehr vorsichtig sein. Die beste Methode der Ozaenabehandlung ist die gründliche Reinigung durch Nasenausspülung mit Kochsalzlösung.

Ishizuka empfiehlt bei Ozaena ebenfalls gründliche Ausspülung der Nasen- und Nebenhöhlen.

K. Ohno: Ueber die nasalen Reflexneurosen.

Bericht über 6 Fälle, bei denen die extranasalen Beschwerden durch Nasenoperationen Jahre lang beseitigt wurden, und die betreffenden Patienten gar keine Ahnung über die Resultate hatten. Bei nervösen Erkrankungen, besonders wenn die medicamentöse Behandlung erfolglos ist, sind rhinologische Untersuchungen und Operationen nothwendig.

Discussion:

Wazuji will nicht an die Existenz der nasalen Reflexneurosen glauben.

Ozeki giebt Anhaltspunkte, die Krankheiten aus anderen Ursachen von nasalen Reflexneurosen zu unterscheiden.

Azai und Okada glauben an die nasalen Reflexneurosen, aber warnen vor der Uebertreibung.

Katsuya und Ishizuka berichten über eigene Erfahrungen, dass sie selbst die nervösen Beschwerden hatten, welche durch Cocainisirung der Nasenschleimhaut coupirt und durch Septumoperation beseitigt wurden.

Kubo: Die nasalen Reflexneurosen existiren. Wir Rhinologen müssen weiter studiren, das Gebiet derselben wissenschaftlich zu ergründen, da die nasalen Reflexneurosen nur durch Nasenbehandlungen gründlich beseitigt werden können.

Kuroiwa: Ueber das Adamantinom.

Nach Beschreibung von einem typischen Fall und von zwei Fällen von Zahncysten spricht K. über die Entstehung.

Amano: Ein Fall von Zahn in der rechten Kieferhöhle.

Discussion: Ohno.

T. Wada: Zur Operation der Zahncysten des Oberkiefers.

Wie die Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung nach Luc.

H. Katsuya: Zur Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung.

Genaue Beschreibung der Operationsmethode, die zur Zeit in der Kubo-Klinik geübt wird. Eine Modification von Luc's Methode. Ausschliesslich in Localanästhesie, totale Auskratzung der Höhlenschleimhaut, Fensterbildung im unteren Nasengang, möglichst an der vorderen unteren Grenze. Abschneiden der nasalen Schleimhaut, primäre Nahtanlegung in der Mundtasche, keine nachträgliche Ausspülung der Höhle etc. Wenn zehnmalige Ausspülungen nichts helfen, so greift man zur Operation.

Discussion:

Azai: Operation unter Halbnarkose, partielle Auskratzung der Schleimhaut, ein fingerspitzgrosses Loch an der facialen Wand.

Ozeki zieht Denker's Methode mit Schonung der Schleimhaut vor.

Wazuji kratzt die Schleimhaut nicht aus, macht die faciale Knochenwunde klein, aber nimmt die Kante der Apertura pyriformis weg. Keine Lappenbildung.

Isawa und Hamaji schliessen sich Wazuji an.

Katsuya: Beitrag zur Genese der Antrochoanalpolypen (Kubo).

Durch Beschreibung von zwei Fällen, welche nach Kubo's Methode von der Fossa canina aus operirt wurden, bestätigt K. die Behauptung von Killian und Kubo.

Ohno: Demonstration von einem Choanenpolypen.

Nach Kubo's Methode wurde die Kieferhöhle eröffnet, und der 7,5 cm lange Choanalpolyp von der Wurzel aus entfernt.

Discussion:

Azai berichtet über einen ähnlichen Fall, wobei der Stiel an der hinteren Höhlenwand haftete.

Tadokoro sah auch einen solitären Choanalpolypen aus der Kieferhöhle durch eine accessorische Mündung gehen (Okada's Klinik).

Nakamura untersuchte 2 Fälle nach Kubo's Methode und fand einmal den Polypenstiel in der Kieferhöhle.

Kubo: Seit ich im Jahre 1908 die wahre Ursprungsstelle der solitären Choanalpolypen durch vorherige Eröffnung der Kieferhöhle constatirte, wurden ähnliche Fälle von mehreren Fachcollegen in Japan sowie im Auslande (Kelly 1909) veröffentlicht. Heute sehen wir von Neuem Berichte von vielen Collegen als Beweis unserer Behauptung über die Entstehung der Choanalpolypen. Ich betone, dass man die solitären Choanalpolypen mit den multiplen gewöhnlichen

Polypen oder mit einem Nasenrachenfibrom nicht verwechseln soll. Ein solitärer Choanalpolyp kann auch aus der Keilbeinhöhle stammen, den ich Sphenochoanalpolypen nannte.

S. Hayashi: Statistische Mittheilung über Oberkiefercarcinome.

Discussion: Nakamura.

T. Wada: Descendirende Tuberculose der oberen Luftwege.

Bericht über einen Fall.

Discussion: Ozeki.

Iketani: Ein Fall von Angina Ludovici.

F. Tanaka: Regressive Degeneration des Waldeyer'schen Tonsillarrings.

Durch mikroskopische Untersuchungen von Gaumen- und Rachentonsillen bei 24 Fällen (3 Monate bis 56 Jahre alt) fand der Vortragende, dass die Follikel zuerst verschwinden und durch Bindegewebe ersetzt werden.

Hosoya: Laryngologische Untersuchungen bei japanischen Sängern.

Bei 21 genau untersuchten Sängern fand H. 17 mal Verdickung der Stimmbänder, 8 mal Sängerknötchen, 2 mal Dellenbildung, 9 mal Zungentonsillenhypertrophie, 13 mal Rachentonsillenhypertrophie und 2 mal Gaumentonsillenhypertrophie. Die Veränderungen der Stimmbänder verursachten keine Störung in der Feinheit der Singstimme. Die Entfernung der hypertrophirten Zungentonsillen hatte einen guten Einfluss auf Beseitigung der Stimmstörung, während die der Gaumen- nnd Rachentonsillenhypertrophie ohne Einfluss blieb.

Discussion: Azai, Ozeki und Hosoya sprechen hierzu.

T. Ibuki: Zur Operation der Nasenrachenfibrome.

Zuerst Abtragung mit heisser Schlinge. Der Tumorrest wird mit einer feinen Nadel, welche 2 Platindrähte trägt, von der Nase aus durchstochen. Jedes Stück Platindraht wird als heisse Schlinge benutzt. (Ref.: Durchführen der Nadel muss sehr schwierig sein.)

T. Nakamura: Ueber Radicaloperation der grösseren Nasenrachenfibrome.

Ein unter Chloroformnarkose mit vorläufiger Tracheotomie von der Fossa canina aus operirter Fall.

R. Sano: Ueber den Werth der unblutigen Operation der Nasenrachenfibrome.

Nach Bericht über drei Fälle, welche in der Kubo'schen Klinik mittelst heisser Schlinge mit gutem Erfolg operirt wurden, kommt S. zum Schlusse, dass die unblutige Operation mit heisser Schlinge sehr empfehlenswerth ist.

Discussion:

Kuroiwa hat durch Injection von 30,5proc. wässeriger Chloralhydratlösung gutes Resultat bekommen.



Kato hat 1000fach verdünnte Formalinlösung injicirt, aber ohne Erfolg. Zuerst heisse Schlinge, dann Operation.

Okada: Bei kleineren Tumoren empfiehlt sich eine conservative Methode, aber bei grösseren die blutige Operation von der Fossa canina aus, wie ich angegeben habe.

Kubo: Ich glaube an die Existenz einer spontanen Heilung der Nasenrachenfibrome und auch an die Möglichkeit der Beschleunigung der Schrumpfung nach der partiellen Operation. Die Blutung ist durch Compression mit Wattebäuschen leicht zu stillen. Zuerst ist unblutige, dann blutige Operation vorzunehmen.

Nakamura: Schlusswort.

W. Hirose: Die Formen und die Prognose des Retropharyngealabscesses.

Bericht über 15 Fälle eigener Beobachtung; darunter einmal nach Otitis media cholesteatomatosa und einmal nach Infection durch Oesophagusfremdkörper.

Discussion:

Kubo: 2 Fälle von otitischem Retropharyngealabcesse, bei denen ein inniger Zusammenhang zwischen Abscess und Mastoiditis klinisch sowie bakteriologisch constatirt wurde.

Hirose: Schlusswort.

Hirose: Ueber das Stottern, insbesondere über die pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen.

Nach Untersuchungen von 22 Fällen fand H. Veränderungen meist in der Nasenhöhle und im Nasenrachenraum. Nach Adenotomie sah H. Spontanheilung oder Fortschritt der Sprachübung.

S. Miura: Ueber das Sprühen des Sputums.

M. nahm das gesprühte Sputum bei 13 Lungen- und Kehlkopfphthisikern auf vor dem Munde gehaltene Objectträger und machte mikroskopische Untersuchungen. Tuberkelbacillen wurden bei 3 Fällen gefunden (5,7 pCt).

Discussion: Kubo und Nakamura.

Kuroiwa: Ein Fall von Kehlkopflipom.

Bei einem 11jährigen Knaben fand K. eine seit 10 Jahren bestehende breitbasige Tumorbildung auf der rechten Kehlkopfhälfte, die durch Pharyngotomia subhyoidea entfernt wurde.

Tadokoro: Pathologische Veränderungen des Kehlkopfes bei Leukämie.

Mikroskopische Untersuchungen des Kehlkopfes von einem myelogenen Leukämie-Fall.

T. Suzuki: Pathologische Untersuchungen der Kehlkopfmuskeln und des N. vagus bei einem Fall von Recurrenslähmung durch Schilddrüsenkrebs.

Im Nerven wurde Degeneration gefunden, aber keine carcinomatöse Veränderung. In den Abductoren fand man mehr Veränderungen als in den Adductoren, was das Semon'sche Gesetz bestätigt.



J. Kikuchi: Befunde der Glottis nach Abschneidung des N. vagus und ihrer Kehlkopfzweige.

Nach Durchschneiden des N. laryngeus sup. bei Kaninchen sieht man das Stimmband in einer Abductionsstellung, aber dasselbe kommt wieder in die Medianlinie bei der Phonation. Nach Durchschneiden des N. laryng. inf. kommt das Stimmband sofort in die Medianlinie, und bei der doppelseitigen Durchschneidung ging das Versuchsthier durch Erstickung zu Grunde. Deshalb zweifelt K. an dem Semon'schen Gesetz.

Discussion:

Ozeki: Die Verhältnisse der Kehlkopfmusculatur sind sehr mannigfaltig selbst bei Thieren der selben Gattung (z. B. bei Affen). Man soll auf die Kritik über Semon's Gesetz so lange verzichten, bis man die Versuche bei verschiedenen Thieren wiederholt habe.

Kubo: Es ist schon oft schwierig, selbst beim Laryngoskopiren zu unterscheiden, ob ein Stimmband in der Medianlinie oder in der Cadaverstellung steht. Noch schwieriger wäre es, einen kleinen Thierkehlkopf durch ein dünnes Rohr (directe Untersuchung) genau zu orientiren. Sir Felix Semon hat mir gesagt, dass die schlaff gelähmten Stimmbänder bei der Inspiration eingezogen werden und sich nähern können, woran ich auch glaube. Vor dem Erstickungstode könnte man das Rohr so tief vorschieben, dass die Athmung dem Thier wieder frei gemacht wird. In dieser Weise könnte man weiter untersuchen, ohne das Thier sofort zu Grunde zu richten.

Ozeki: Ueber Faltenbildung des Ventriculus laryngis und über M. thyreoarythaenoideus. (Demonstrationen.)

Unter 200 Kehlköpfen fand O. 5 mal Sulcus vocalis.

Discussion: Akamatsu, Kato, Tadokoro, Tomida, Ozeki.

Tomida: Kehlkopftonsillen. (Demonstration).

Bei Menschen und Kaninchen fand T. circumscripte Kleinzelleninfiltration und manchmal Follikelbildung im Sinus piriformis und Ventriculus Morgagni.

Discussion:

Hirose: Ein paar Lymphfollikel soll man nicht eine Tonsille nennen.

Tadokoro: Im Kehlkopfe des Hundes findet man auch Follikel.

Nakamichi: Ueber erschwertes Decanulement.

Bericht über 3 Fälle.

Discussion:

Kubo: Bei dem Decanulement muss man durch directe Untersuchung genau zu bestimmen suchen, ob die Ursache der primären Stenose verschwunden ist. Dann muss man die Canüle ruhig entfernen; man braucht nicht etwaige Granulationsbildung in der Umgebung der Oeffnung zu berücksichtigen.

Tomida: Experimentelle Pathologie über den Heilungsprocess der Trachealwunde.

Mikroskopische Untersuchungen der offen geheilten Wundpartien des Kehlkopfes und der Trachea bei 6 Kaninchen.

Die folgenden Themata wurden wegen Zeitmangels nicht vorgetragen.

Kubo: Ueber die Diagnose und Operation der Sinusitis sphenoidalis chronica.

Kubo: Oesophagoskopische und tracheobronchoskopische Erfahrungen bei Fremdkörpern im Oesophagus und in den Luftwegen.

Kubo: Demonstration neuer Instrumente.

Okada: Eine pharyngeale fieberhafte Krankheit.

Okada: Zur Pathologie der Elephantiasis der äusseren Nase.

Okada: Klinische Beobachtungen über Kehlkopfsarkom.

Ino Kubo.

---

f) XV. Jahresversammlung der American Laryngological Rhinological and Otological Society.

Washington, 28.—30. April 1910.

James J. Mc Kernon: Der gegenwärtige Stand der Otolaryngologie.

In seiner Begrüssungsansprache führt Redner aus, wie sich der Unterricht in der Otolaryngologie für die Studenten zu gestalten habe und dass kein Medicinstudirender sein Diplom erhalten solle, der die nöthigen Anforderungen nicht erfüllt habe.

J. S. Watermann: Kehlkopfabscess; Bericht über einen Fall.

Der Patient war von einer beginnenden Tuberculose genesen. Im Anschluss an den Kehlkopfabscess trat eine septische Lungenentzündung auf, an der der Pat. zu Grunde ging.

H. Holbrook Curtis zieht die Bezeichnung „phlegmonöse Entzündung" vor. Er glaubt, dass in dem mitgetheilten Fall die früher einmal vorhanden gewesene Tuberculose Anlass zu dem Abscess gegeben habe.

B. R. Shurly fügt den 6 Fällen von subglottischem Abscess, die nach Angabe des Redners allein in der Literatur verzeichnet sind, einen 7. hinzu, ein $2^1/_2$ Jahr altes Kind betreffend, das in das Diphtheriekrankenhaus wegen hochgradiger Athemnoth aufgenommen wurde. Nach Intubation sofort Besserung; wiederholt Extubation und Wiederintubation. Als Pat. nach 21 Tagen entlassen wurde, bestanden immer noch deutliche Anzeichen von Kehlkopfverengerung. Pat. wurde 34 Tage später wieder mit sehr erschwerter Athmung wieder aufgenommen, am 5. Tage war er cyanotisch und der Puls kaum wahrnehmbar. Die Intubation gelang nur schwierig, die Tube wurde sofort wieder ausgestossen. Künstliche Athmung; Sauerstoffinhalationen; subcutane Strychnininjectionen. Plötzlich entleerte Pat. beim Husten eine Menge mit Schleim vermischten Eiters; die Tube hatte einen subglottischen Abscess eröffnet. Sofortige erhebliche Besserung. Nach nochmaliger vorübergehender Erschwerung der Athmung unter Fieber trat Heilung ein; es blieb eine sehr geringe subglottische Strictur bestehen.

W. C. Braislin räth, jede Stelle, die den Eindruck von flüssiger Infiltration oder von Oedem macht, möglichst frühzeitig zu incidiren, um eine Eiterbildung zu verhindern.

Walter B. Johnson betrachtet den mitgetheilten Fall als einen solchen von phlegmonöser Entzündung.

Edgar M. Holmes berichtet ebenfalls über einen einen 25jährigen Mann betreffenden Fall, bei dem plötzlich eine sehr starke Schwellung des Larynxinnern eintrat. Scarificationen entleerten Eiter, worauf die Erscheinungen alle nachliessen.

J. P. Berens: Halbseitige Kehlkopfexstirpation wegen Epitheliom; Demonstration eines Patienten.

Norval H. Pierce hat mit der Totalexstirpation sehr schlechte Erfahrungen gemacht. Von seinen acht Fällen starben alle innerhalb der ersten 10 Tage.

Wolff Freudenthal betrachtet ebenfalls — trotz der von Gluck vorgestellten günstigen Erfolge — im Allgemeinen die Totalexstirpation als sehr ungünstig.

Wendell C. Phillips berichtet über einen von ihm 12 Jahre vorher publicirten Fall. Es handelte sich um einen Tumor, der seinem Aussehen nach für ein Fibrom gehalten worden war, sich bei der mikroskopischen Untersuchung nach seiner intralaryngealen Entfernung jedoch als ein Epitheliom erwies. Es wurde die partielle Laryngectomie gemacht. Zur Zeit ist ein harter Tumor aussen am Halse in der Tiefe fühlbar, der auf die Trachea drückt. Pat. kann nicht schlucken; es gelingt nicht, eine Sonde einzuführen. Vor einigen Monaten Gastrotomie; Pat., der 72 Jahre alt ist, wird durch ein Rohr ernährt und athmet durch das andere.

Wolff Freudenthal: Laryngitis dolorosa.

Verf. bespricht die Schmerzen als Folge von tuberculösen, syphilitischen, carcinomatösen und diabetischen Geschwüren im Larynx und die dagegen anzuwendenden Mittel.

John A. Thompson erinnert an das von Freudenthal nicht erwähnte Monochlorphenol, das nach seinen Erfahrungen bei vorgeschrittener Tuberculose günstiger wirkt, als jedes andere von ihm versuchte Mittel. Er wendet es mittels directer intratrachealer Injection an. Empfehlenswerth ist das Präparat von Merck.

Robert C. Myles rühmt die von Freudenthal empfohlene Orthoform-Eiemulsion, die mit einem gekrümmten Watteträger gründlich in die Geschwürsfläche eingerieben werden muss.

Hubert Arrowsmith erinnert an den für diese Fälle geeigneten Tropfapparat von Yankauer.

Freudenthal: Der Yankauer'sche Apparat eignet sich zur Selbstbenutzung für den Patienten, wenn dieser ausser Stande ist, regelmässig zur Sprechstunde zu kommen.

Arrowsmith: Vincent'sche Angina, ausschliesslich auf den Kehlkopf beschränkt.

Cfr. Centralblatt Jahrg. 1911, S. 352.



Norval H. Pierce bespricht die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Angina Vincenti.

Talbot R. Chambers macht darauf aufmerksam, dass die Wassermann-sche Reaction bei Syphilis negativ ausfallen kann; es hängt das ab von der Genauigkeit der Probe. Er hat zwei oder drei Fälle beobachtet, die dem hier mitgetheilten ähnlich waren.

Braden Kyle citirt einen Fall, in dem Spirillen gefunden wurden und der auf Hg-Inunctionen heilte. Es handelte sich unzweifelhaft um Syphilis, obwohl die Spirochaeta pallida nicht gefunden wurde. In den einzigen beiden wirklichen Fällen von Vincent'scher Angina, die er beobachtete, bestand eine Schwellung der Schilddrüse und Cellulitis aussen am Halse.

Arrowsmith: Wassermann'sche Probe und antisyphilitische Behandlung sind in allen von ihm berichteten Fällen angewandt worden. Für Angina Vincenti ist der Belag charakteristisch, ebenso wie das Aussehen der Umgebung. Die Geschwürsbildung beginnt bei der Angina Vincenti kurze Zeit nach dem Auftreten des Exsudats und sieht keineswegs so aus wie bei Syphilis.

Charles W. Richardson: Fremdkörper im rechten Bronchus, durch Bronchoskopie entfernt.

Cfr. Centralblatt Jahrg. 1911, S. 223.

Hanau W. Loeb: Acute Nephritis nach Angina.

L. berichtet über 4 Fälle. Cfr. Centralblatt Jahrg. 1911, S. 308.

H. O. Reik: Der Effect von Tabak und Alkohol auf Ohr und obere Luftwege.

Cfr. Centralbl. Jahrg. 1910, S. 494.

Edgar M. Holmes: Carcinom der Uvula.

Patient wurde zuerst im September 1908 von H. gesehen. Die Uvula war zerstört, es war eine ulcerirte Fläche vorhanden, umgeben von einer höckrigen Geschwulst, die die linken Gaumenbögen ergriffen hatte. Keine Schwellung der tiefen Halsdrüsen. Die Geschwulst wurde nebst den Gaumenbögen und der Tonsille entfernt. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Kein locales Recidiv; jedoch ein Jahr später kam Pat. wieder mit einer Schwellung an der rechten Halsseite. Oberflächliche und tiefe Halsdrüsen geschwollen. Beim Versuch, die Drüsen zu entfernen, erwiesen sie sich zum Theil als erweicht und ihr Brei gerieth in die Wunde. Nach 2 Monaten fluctuirende Schwellung hinter dem Sternocleidomastoideus; Incision, Entleerung von Eiter und nekrotischem Material. 4 Tage darauf Erysipel auf der rechten Hals- und Gesichtsseite. Pat. ist kurz ante exitum.

Geo B. Wood weist darauf hin, dass es nöthig sei, die Lymphdrüsenschwellungen gleichzeitig mit dem Tumor im Halse zu entfernen.

George L. Richards führt einen Fall an, in dem der pathologische Anatom die Diagnose auf Sarkom stellte. Es war die eine Seite der Uvula, der entsprechende Theil des Gaumens, das obere Drittel der vorderen und hinteren Gaumenbögen und der obere Theil der Tonsille ergriffen. Es dauerte ziemlich lange, bis die Drüsen ergriffen wurden. Der Fall endete tödtlich.

F. C. Cobb: Die Endresultate der submucösen Septumresection.

Von den 50 nachuntersuchten Fällen war die subjective Behinderung der Nasenathmung in allen bis auf 5 oder 6 Fälle gebessert, in denen nur geringe oder gar keine Besserung zu constatiren war. In 2—3 musste noch die Turbinectomie gemacht werden. C. hat ferner bei 16 Kindern unter 15 und über 6 Jahren untersucht, ob durch die Wegnahme des Knorpels irgendwelche Veränderung der äusseren Nase verursacht wurde. In den vier Fällen jedoch, in denen eine Abweichung der Nasenform von der Norm vorhanden war, liess sich nachweisen, dass diese bereits vor der Operation bestanden hatte.

George L. Richards operirt jetzt bei jedem Kind mit vorderer Deviation in Aethernarkose. In der üblichen Weise wird Schleimhaut und Periost auf beiden Seiten vom Knorpel abgelöst; dann wird mit einem Meissel das Septum von seinem Ansatz am Nasenboden abgelöst, aber oben und hinten in seiner Verbindung gelassen. Der Knorpel wird nun mit dem Finger gerade gerichtet, in eine verticale Lage gebracht und so durch Wattetampons mehrere Tage lang festgehalten. Ein Einsinken ist nicht möglich, da kein Knorpel entfernt worden ist. In den wenigen Fällen, in dem er diese Operation gemacht hat, war R. mit dem Erfolg zufrieden. Sie hat den Vorzug, dass kein Gewebe entfernt wird, was beim Kinde entschieden einen Vortheil bedeutet. Es ist sehr wesentlich, dass der Processus nasalis des Oberkiefers fracturirt wird, besonders wenn er nach der einen oder anderen Seite der Mittellinie vorspringt.

Im Allgemeinen sind die Resultate der submucösen Septumresection zufriedenstellend; es vergehen jedoch einige Monate, bevor das volle Resultat eintritt.

Ist die untere Muschel auch hyperplasirt, so scheint es falsch, gleichzeitig am Septum zu operiren, da die Gefahr einer Adhäsion besteht. Verf. operirt die Muschel immer erst, nachdem die Septumwunde völlig geheilt ist.

Thomas J. Harris berichtet über einen Fall, in dem submucöse Resection von berufenster Seite vorgenommen wurde. Das Resultat ist eine völlige Narbenstenose am Septum. Verf. hat niemals ein solches Resultat gesehen oder davon gehört. Es war mit langen Gazestreifen tamponirt und beim Herausziehen derselben erhebliche Verletzungen zu Stande gekommen.

Robert Levy räth, in jedem Falle vor der Operation sorgfältig die Anamnese in Bezug auf vorausgegangene Syphilis aufzunehmen, da, wie es in einem Falle Jansen's passirte, Einsinken der Nase resultiren kann.

Sidney Yankauer ist davon überzeugt, dass Borkenbildung nach der submucösen Resection von der Narbenmasse am Septum, mit anderen Worten, von dem Umfang, in welchem das Septum von Flimmerepithel entblösst ist, abhängig ist. Am grössten ist die Neigung zu Borkenbildung da, wo eine horizontale Narbe geblieben ist, besonders bei Lappenoperationen, wo eine erhebliche Retraction des Lappens eintritt, so dass ein breites, horizontal über das Septum verlaufendes Band von Plattenepithel geblieben ist. Der Abfluss des Nasen- und Nebenhöhlensecrets hängt erheblich von dem Vorhandensein des Flimmerepithels ab. Eine verticale Incision ist aus diesem Grunde vorzuziehen. Verf. vermeidet, wenn irgend möglich, die Operation an kleinen Kindern. Von seinen 300 submucösen Resectionen be-

treffen nur ca. 1/2 Dutzend kleine Kinder. Vor allem widerräth er die Operation in allgemeiner Narkose und in horizontaler Lage. Ferner resultiren die Beschwerden bei kleinen Kindern meist nicht von der Deviation allein. Viele von ihnen haben oder hatten adenoide Vegetationen. Nach Entfernung der adenoiden Vegetationen gleicht sich die Deviation mit dem Wachsthum des Gesichtsschädels meist selbst aus. Er operirt daher bei Kindern nur Fälle von extremer Deviation und wenn die Operation in Localanästhesie zu machen ist.

Robert H. Craig operirt in zwei Zeiten, wenn in allgemeiner Narkose zu operiren ist. Er macht die Schleimhautincision und die Loslösung des Mucoperichondrium in Localanästhesie, dann wird Pat. zurückgelehnt, der Nasenrachen tamponirt und Aether gegeben.

Wendell C. Phillips hat die besten Resultate erzielt mit Operation in horizontaler Lage mit erhöhter Kopfstütze, jedoch ohne allgemeine Narkose.

Emil Mayer.

V. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

I. Bericht (10. December 1911).

Das mit der Organisation der Ozaena-Sammelforschung beauftragte Comité hat sich an eine Anzahl führender Collegen in Deutschland, sowie im Auslande gewandt, mit der Bitte um Uebernahme der Organisation in ihren Heimatländern.

Zusagen sind bisher eingetroffen von folgenden Herren:

A. Ausland.

1. Chiari für Oesterreich.
2. Onodi für Ungarn.
3. Siebenmann für Schweiz.
4. Gradenigo für Italien.
5. Compaired für Spanien.
6. Mahu für Frankreich.
7. Brockaert für Belgien.
8. Burger für Holland.
9. Brown-Kelly für England und seine Colonien.
10. Mahler für Dänemark.
11. Uchermann für Norwegen.
12. Holmgren für Schweden.
13. af Forselles für Finnland.
14. Hellat für Russland.
15. Pieniaczek für Polen.
16. Costiniu für Rumänien.
17. Taptas für Türkei.
18. Marcellos für Kleinasien.

B. Deutschland.

19. Hoffmann für Königreich Sachsen.
20. Krieg für Königreich Württemberg.
21. Kollreuter für Grossherzogthum Baden.
22. Schlegel für Herzogthum Braunschweig.
23. Romberg für Herzogthum Sachsen-Meiningen.
24. Müller für Herzogthum Sachsen-Altenburg.
25. Paulfranz für Herzogtum Sachsen-Coburg.
26. Auerbach für Fürstenthum Lippe-Detmold.
27. Mengel für Fürstenthum Reuss jüngere Linie.
28. Dittrich für Fürstenthum Reuss ältere Linie.
29. Ott für freie Stadt Lübeck.
30. Winkler für freie Stadt Bremen.
31. Manasse für Elsass-Lothringen.

C. Königreich Preussen.

32. Gerber für Ostpreussen.
33. Behrendt für Westpreussen.
34. Lange für Pommern.
35. Kassel für Posen.
36. Brieger für Schlesien.
37. Denker für Sachsen.
38. Friedrich für Schleswig-Holstein.
39. Blumenfeld für Hessen-Nassau.
40. Hopmann für Rheinprovinz.

Als Local-Comité für Gross-Berlin ist das Ozaena-Comité bemüht, zunächst die Erlaubnis zur Untersuchung sämmtlicher Schüler und Schülerinnen zu erlangen. Von den diesetwegen an staatliche und städtische Behörden eingereichten Gesuchen ist dasjenige, welches an die Schuldeputation der Stadt Berlin gerichtet war und zunächst nur die Gemeindeschulen betraf, mit bemerkenswerter Schnelligkeit in zustimmendem Sinne beantwortet worden. Damit ist für's Erste ein Untersuchungsmaterial von ca. 250000 Schulkindern gewährleistet. Die Verhandlungen mit den Nachbarstädten und Vorortgemeinden dürften ebenfalls bald zu einem gedeihlichen Abschluss gelangen. Erfreulich ist das Wohlwollen, mit welchem die Behörden der Sammelforschung entgegentreten und die verständnisvolle Würdigung, welche sie der gewiss nicht zu unterschätzenden socialen Bedeutung derselben zu Theil werden lassen.

Gemäss der ihm vom III. intern. Laryngo-Rhinologen-Congress erteilten Vollmacht hat das Comité bisher folgende Herren wegen ihres wohlwollenden Interesses für die vorliegende Forschung cooptirt:

1. Herrn Ministerialdirektor, Wirkl. Geh. Obermedicinalrath Prof. Dr. Kirchner.
2. Herrn Geh. Obermedicinalrath Dr. Abel.
3. Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Kraus, Direktor der II. med. Klinik der Kgl. Charité zu Berlin.
4. Herrn Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Robert Behla, Direktor der Medicinalabtheilung des Kgl. Preuss. Statistischen Landesamtes.
5. Herrn Geh. Sanitäts- und Stadtrath Dr. Ferdinand Strassmann.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Rosenberg, Berlin W. 15, Joachimsthaler Strasse 12.
Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.
Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Die nächste Sitzung findet am 18. Februar im Hôpital St. Jean in Brüssel statt. Auf der Tagesordnung steht unter Anderem ein Referat über „die Nothwendigkeit einer oto-rhino-laryngologischen Untersuchung der Schüler". Referenten sind Hennebert und Merckx.

XVII. Internationaler Medicinischer Congress.

Die Congressleitung des vom 6. bis 12. August 1913 in London stattfindenden Congresses (Präsident Thomas Barlow) versendet die erste Einladung. Vorsitzender der XV. Section für Hals- und Nasenkrankheiten ist St. Clair Thomson. Secretaire der Section sind: W. D. Harmes, A. Brown Kelly, Dan McKenzie.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, Februar. 1912. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Torrens** (Barcelona). **Ueber die Bedeutung der oto-rhino-laryngologischen Untersuchung in der Schule als Prophylacticum gegen Tuberculose. (De la importancia del examen oto-rino-laringologico en la escuela como medida profilactica de la tuberculosis.)** *Rev. Barcelon. des las enfermedades del oido garganta y nariz. 31. März 1911.*

Verf. betont den engen Zusammenhang, der zwischen Undurchgängigkeit der Nase und Lungen- und Kehlkopftuberculose besteht. Er fordert eine obligatorische Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung der Schulkinder.

TAPIA.

2) **A. Ritschl** (Freiburg i. B.). **Essgeschirre als Infectionsverbreiter.** *Münchener med. Wochenschr. No. 42. 1911.*

Ritschl macht darauf aufmerksam, dass viele infectiöse Erkrankungen von Nase, Rachen und Mund durch die Essgeschirre auf die einzelnen Familienmitglieder übertragen werden, da die übliche Reinigung in der Küche durch das Dienstpersonal ungenügend sei. Er empfiehlt, sämmtliche von dem Erkrankten benutzten Gegenstände, alle Utensilien, die mit dem Munde eines erkrankten Familienmitgliedes in Berührung kamen, vor dem „Aufwaschen" in kochendem Wasser zu sterilisiren, um auf diese Weise eine Weiterverbreitung der betreffenden Erkrankung hintanzuhalten. Auch Restaurationen, Hôtels, Pensionen usw. sollte eine regelmässige Sterilisirung des gebrauchten Geschirres von sanitätspolizeilicher Seite strengstens zur Pflicht gemacht werden.

HECHT.

3) **Fritz Hutter** (Wien). **Ueber syphilitische Erscheinungen im Bereiche der oberen Luftwege.** *Wiener klinische Rundschau. No. 21—23. 1911.*

Beschreibung des Typischen und Characteristischen der drei Stadien, für den allgemein practicirenden Arzt zusammengefasst.

HANSZEL.



4) **J. Rauret** (Barcelona). **Technik der Salvarsaninjectionen an der Botey'schen Klinik. (Tecnica de las inyecciones de Salvarsan en la Clinica Botey.)** *Archivos de Rinologia. Juli/August 1911.*

Die an Botey's Klinik angewandte Technik der Salvarsaninjectionen unterscheidet sich nicht wesentlich von der allgemein geübten. TAPIA.

5) **W. Ehrler** (Hamburg). **Ueber schädliche Wirkung durch locale Reaction nach Salvarsanbehandlung in Fällen von Erkrankung der oberen Luftwege.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1045. 1911.*

Mittheilung von 4 Fällen. Verf. vertritt den Standpunkt, dass bei alten luetischen Knochen- resp. Knorpelprocessen am Schädel und Kehlkopf Salvarsan nur mit grosser Vorsicht anzuwenden ist, weil die Reaction des Mittels am Erkrankungsherde eine Gefährdung benachbarter lebenswichtiger Organe mit sich bringt. OPPIKOFER.

6) **Ernst Oppikofer** (Basel). **Die nekrotisirende Entzündung bei Scharlach im Kehlkopf, Luftröhre und Oesophagus.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 25. H. 2. 1911.*

Verf. fand unter dem Material des Baseler pathologischen Instituts der Jahre 1874—1911 128 Scharlachsectionen, bei denen überraschender Weise ein auffallend häufiges Vorkommen von Geschwürsbildung im Kehlkopf resp. in Trachea und Oesophagus festgestellt werden konnte; so zeigten 92 der 128 Scharlachleichen Entzündungen in Larynx, Trachea oder Oesophagus, von denen 66 necrotisirend waren. Diese letzteren Protocolle werden, soweit sie sich auf die hier interessirenden Befunde beziehen, wiedergegeben und kritisch beleuchtet. Sodann giebt Verf. eine Literaturübersicht, die mit dem Jahre 1821 beginnt. W. SOBERNHEIM.

7) **Puschner** (Saaz). **Ein Fall von wahrscheinlicher Uebertragung von Maul- und Klauenseuche auf den Menschen.** *Prager med. Wochenschr. No. 26. 1911.*

38jährige Viehfütterin von mit Maul- und Klauenseuche behafteten Kühen erkrankte an bläschenförmiger Eruption des Introitus nasi. In den nächsten Tagen diphtheroide Auflagerungen mit starker reactiver Schwellung. — Heilung unter Substanzverlust, jedoch mit vollständiger Epithelisirung der erkrankten Stellen. — Diagnose per exclusionem und mit Rücksicht auf die Aetiologie. HANSZEL.

8) **E. Suess** (Wien). **Ueber specifische Diagnostik und Therapie des Skleroms.** *Wiener klinische Wochenschr. No. 41. 1911.*

Nachdem die Beeinflussung von Sclerominfiltraten beim Menschen mit Sklerombacillenpräparaten noch durchaus nicht einwandsfrei sichergestellt ist, richtete Suess seine Untersuchungen darauf, mit den Toxinen der Sklerombacillen an Haut und Conjunctiva der Sklerompatienten specifische Reactionen zu erzielen. Das Ergebniss war ebenso negativ wie nach Injectionen von Sklerombacillen oder deren Producten. Es zeigte sich weder eine Veränderung an den Krankheitsherden noch steigerte sich die Agglutinations- und Präcipitationsfähigkeit des Serums der Behandelten. HANSZEL.

9) **W. Freudenthal** (New-York). **Ueber die Behandlung maligner Tumoren der oberen Luftwege mittels Radium.** (Vortrag, gehalten vor der „New York Society of Radiology and Physical Therapeutics".) *Fränkel's Archiv für Laryngologie. 25. Bd. H. 1. 1911.*

Verf. hat in häufigen Fällen bei Ulcus rodens und den eigentlichen malignen Tumoren Radiumbehandlung angewandt. Die meisten Erfolge sind bei der Ulcus rodens-Behandlung zu verzeichnen; die Behandlung der sonstigen malignen Tumoren ist nur indicirt in inoperablen Fällen und besonders in denjenigen Theilen der oberen Luftwege, die für andere Strahlen schwer erreichbar sind, wie Kieferhöhle und Nasenrachen. Verf. verwendet 10 mg resp. 70 mg Radium in Aluminiumröhren. Die Anwendungsdauer ist verschieden. W. SOBERNHEIM.

10) **H. Marschik** und **J. Zollschan** (Wien). **Zur Röntgen-Behandlung maligner Tumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 22. 1911.*

Drei Fälle von malignem Tumor mit heilungsgleichem Effect. Der Erfolg anscheinend unterstützt durch palliative Entfernung der grössten Tumormasse. Die Localisation der exquisit günstigen Fälle (Pharynx, Nase, Nebenhöhlen) vielleicht bedeutsam für die specifische Empfindlichkeit und damit für die Auswahl der Fälle. HANSZEL.

11) **De Lens. Kurzer Bericht über 29 Fremdkörper, welche aus dem Oesophagus und den Athmungswegen durch Oesophagoskopie und Bronchoskopie entfernt wurden. (Krotki otschet o 29 inorodenych telach, kotoryja uraljalis is pischtschewora, dychatelsych putei posredstrom esofago. Ikopii i broncheskopii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 435. 1911.*

Aus dem Oesophagus wurden 12 Gegenstände entfernt, aus der Trachea 9, aus dem rechten Bronchus 5 und aus dem linken 1. Das Hauptcontingent entfällt auf Kinder. Bei den Fremdkörpern in den Athmungswegen wurde 13 mal die obere Bronchoskopie benutzt und in 2 Fällen vorläufig die Tracheotomie gemacht. In 14 Fällen trat völlige Heilung, in einem Falle Tod durch Pneumonie ein. Die Oesophagusfälle heilten alle. P. HELLAT.

12) **Stanton A. Friedberg. Fremdkörper in den Athmungs- und Speisewegen. (Foreign bodies in the respiratory and deglutitory tracts.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Fall 1. Oese, in einer vom linken Stimmband ausgehenden Granulationsmasse sitzend. Um den Fremdkörper mit der Zange entfernen zu können, musste erst das Granulationsgewebe fortgeschnitten werden.

Fall 2. 7jähriger Knabe. Stecknadel im rechten Hauptbronchus. Entfernung durch obere Bronchoskopie.

Fall 3. 2jähriger Knabe. Ein belgisches 10 Cent.-Stück im Oesophagus. Das Kind wurde erst ins Krankenhaus gebracht, nachdem draussen verschiedentlich gewaltsame Versuche zur Entfernung gemacht worden waren. Die Münze konnte im Oesophagoskop nicht gesehen werden. Schliesslich gelang es Dr. Ingals, sie mit der Zange zu fassen. Der Fall endete tödtlich.

6*



Fall 4. 10 Monate alter Knabe. Ein Ring sass auf dem linken Aryknorpel und ragte in den Oesophagus hinein. Entfernung mittels directer Laryngoskopie.

Fall 5. 5jähriges Mädchen. Murmel von 11 mm Durchmesser im Oesophagus. Entfernung durch Oesophagoskopie.

Fall 6. 1jähriges Mädchen. Ein Penny im Oesophagus. Mit dem Autoskop wurde der Oesophagusmund offen gehalten und die Münze konnte so leicht entfernt werden.

EMIL MAYER.

13) **Wojatschek. Die Erfolge von 104 Bronchoskopien, Oesophagoskopien und directen Kehlkopfoperationen.** *Westnik uschnich, gorlowich i nosowich bolesnej. August-September 1911.*

Der Verfasser ist ein Anhänger der Autoskopie. Bei der Oesophagoskopie unterscheidet er: 1. nähere (über der Bifurcation), die wichtigste für Laryngologen, und 2. tiefere (unter der Bifurcation). Beschreibung der einzelnen Fälle.

IWANOFF.

14) **Franz Kuhn** (Kassel). **Technisch-kritische Bemerkungen zur peroralen Intubation.** *Fränkel's Archiv für Laryngol. Bd. 25. H. 1. 1911.*

Verf. bringt zuerst in längerer Ausführung die Geschichte des laryngealen Catheterismus bis zur peroralen Intubation und giebt eine Zusammenstellung aller Formen von Röhren für die Luftwege, welche bis heute durch den Kehlkopf hindurchgeführt wurden.

Die Modelle der verschiedenen Zeiten werden dabei nach dem Zwecke ihrer Verwendung eingetheilt und unterschieden. Nach der geschichtlichen Besprechung in den Capiteln: 1. Anwendung von Tuben bei Wiederbelebung Ertrunkener oder Erstickter; 2. Anwendung von Tuben bei Scheintod von Neugeborenen; 3. Application von Tuben zu Zwecken einer Offenhaltung, sei es bei Stenosen der Luftwege, sei es bei anderen Anlässen, die eine Verlegung der Wege herbeiführen; 4. Einlegen von Tuben zu Zwecken der Thoraxchirurgie, um die Lungen unter Druck zu setzen, giebt Verf. eine vergleichende Kritik aller Canülen, die in einer Vergleichstabelle zusammengestellt werden. Am Ende bespricht Verf. seine eigenen Erfahrungen mit der peroralen Intubation und die einiger anderer Autoren. Eine kurze Besprechung der Technik ist beigefügt.

W. SOBERNHEIM.

15) **R. Rubesch. Selbsthaltender Operationsmundsperrer.** *Wiener klinische Wochenschr. No. 22. 1911.*

Das Instrument besteht aus einem Stirnband aus Zelluloid, dem Mundspiegelhalter und dem Mundspiegel, eine abgeänderte Combination der Mundspiegel nach Heister und Roser-König. (Zu beziehen durch Sanitätsgeschäft M. Schaerer A.-G., Bern.)

HANSZEL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Max Rosenberg** (Berlin). **Chronische Nasenstenose und Collapsinduration (Krönig) der rechten Lungenspitze.** *Fränkel's Archiv für Laryng. Bd. 25. H. 1.*

Einen grossen Theil der Arbeit nehmen theoretische Erörterungen über das Zustandekommen der Collapsinduration ein. Verf. steht auf dem Standpunkte,

dass es zur Verstopfungsatelektase und weiterhin zur fibrösen Induration kommt als Folge häufiger Entzündungen, die durch die unter Ausschaltung der Nase eingetretene, verunreinigte und nicht vorgewärmte Luft entstanden sind. Eine Prädisposition zu Erkrankung der Schleimhäute der Athmungsorgane setzt Verf. bei seinen Kranken voraus.

Die besondere Gefährdung der Lungenspitzen wird bedingt durch ihre geringfügige Ventilation, durch ihre gegenüber den anderen Lungenabschnitten verschlechterte Staubabfuhr und Reception eines Theiles derjenigen Staubpartikel. deren sich die Unterlappen entledigt haben. Die rechte Spitze speciell ist infolge ihres grösseren Bronchialcalibers vulnerabler als die linke.

Bei 50 Fällen chronischer Nasenstenose fand Verf. 18 mal Collapsinduration. Bei der Gefahr einer etwaigen tuberculösen Nachkrankheit empfiehlt Verf. die Behandlung durch Beseitigung der Stenose mit anschliessenden Athemübungen.

W. SOBERNHEIM.

17) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Tumor der Hypophysengegend auf endonasalem Wege erfolgreich operirt.** *Münchener med. Wochenschr. No. 47. 1911.*

Auf Grund des klinischen Befundes und der Röntgenphotographie wurde die Diagnose bei dem 28jährigen Patienten auf Hypophysistumor gestellt. S. führte die Operation nach der Methode von Hirsch-Wien aus und fand an Stelle der Keilbeinhöhlenknochen-Hinterwand eine ca. haselnussgrosse Cyste; da deren Ausschälung nicht gelang, incidirte S. die Cyste, die zäh-glasigen Schleim — der mikroskopisch keine besonderen Merkmale erkennen liess — enthielt. Die Cyste wurde ausgekratzt und ihre häutige Vorderwand abgetragen. Abgesehen von kurzdauernder Temperatursteigerung glatter Heilungsverlauf; vollkommenes Verschwinden aller subjectiven und objectiven Symptome, Wiederkehr vollständig normaler Gesichtsfelder und Sehschärfe beiderseits. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Gewebsstückchen ergab „eine in vivo noch nie diagnosticirte, von der Chorda dorsalis ausgehende Geschwulst, ein Chordom“.

HECHT.

18) **L. Löwe** (Berlin). **Weitere Mittheilungen zur Rhinochirurgie.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1049. 1911.*

L. empfiehlt — nach Versuchen an der Leiche — zur Freilegung der Hypophyse zuerst nach Gussenbauer's Vorgang die Schleimhaut über dem harten Gaumen in der Mittellinie zu spalten und nach beiden Seiten bis zum Alveolarrand zurückzuschieben. Die Gaumenfortsätze beider Oberkiefer und die Partes horizontales der beiden Gaumenbeine werden entfernt und dann submucös die knöcherne Nasenscheidewand vom Munde aus weggenommen. Dem Zurückschieben der Schleimhaut des Choanendaches von der unteren und vorderen Fläche des Keilbeinkörpers folgen die breite Eröffnung der Keilbeinhöhle, die Resection des Septum intersphenoidale und das Freilegen der Hypophyse. Am Ende der Operation wird die Wunde im harten Gaumen durch Silberdrahtsuturen vernäht. Diese Art der Freilegung hat also grosse Aehnlichkeit mit der Methode von Hirsch; nur geht Hirsch nichl vom Munde, sondern von den Nasenlöchern aus ein.

Auch zur Freilegung des Nasenrachenraumes wegen Tumoren zieht L. den oralen Weg vor, mit temporärer Umklappung des harten und weichen Gaumens.

OPPIKOFER.



19) **O. Chiari. Operation eines Hypophysentumors.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 23. Juni 1911.) *Wiener klinische Wochenschr. No. 26. 1911.*

Theilweise Resection des Processus frontalis nach kleinem Hautschnitt, Entfernung der mittleren Muschel, des Siebbeins, des grössten Theiles der Lamina papyracea und des hintersten Antheils des Septums, Eröffnung der Keilbeinhöhle, sodann des Hypophysenwulstes. Die Entfernung der Tumorstücke erfolgte mit dem scharfen Löffel und Pincetten. Die Operation geschah in einer Sitzung, ohne nennenswerthe Blutung. Der Weg von der Hautwunde bis zur vorderen Keilbeinhöhlenwand ist um 3 cm kürzer als vorn vom vorderen Nasenloch und ist ausserdem viel breiter.

HANSZEL.

20) **O. Hirsch. Endonasale Hypophysenoperation.** (Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, Sitzung vom 13. Juni 1911.) *Wiener klinische Wochenschrift. No. 32. 1911.*

Der 9. auf endonasalem Wege operirte Fall von Hypophysentumor, darunter 7 Fälle mit bestem Erfolg. Der Patient konnte nach 1 Woche entlassen werden.

HANSZEL.

21) **O. Hirsch. Hypophysentumor.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 3. November 1911.) *Wiener klinische Wochenschr. No. 45. 1911.*

Zwei weitere auf endonasalem Wege mit günstigem Erfolge operirte Fälle. In einem dritten operirten Fall handelte es sich wahrscheinlich um einen circumscripten Hydrocephalus des dritten Ventrikels, die Hypophyse war plattgedrückt. Liquorabfluss. Exitus.

HANSZEL.

22) **R. Burnier. Hypophysistumor mit Entwicklungshemmung des Knochengerüsts. (Tumeur de l'hypophyse avec arrêt de développement du squelette. Nanisme hypophysaire.** *La Presse Médicale. No. 94. 1911.*

In der vorliegenden Arbeit ist eigentlich das Interessanteste für uns Rhinologen, dass dem Autor scheinbar die ganze rhinologische Literatur über diesen Gegenstand unbekannt ist. Es ist auch nicht ersichtlich, ob der Autor Kenntniss davon hat, dass gerade die Rhinologen mit der Operation der Hypophysistumoren bessere Resultate haben, wie die Internisten mit der Opotherapie, die im Falle des Autors versucht worden ist, und die Chirurgen mit den externen Eingriffen. Ein eigener Krankheitsfall wird mitgetheilt.

LAUTMANN.

23) **H. Cunningham. Augenerscheinungen durch Nasenerkrankung hervorgerufen. (Ocular symptoms produced by nasal disease.)** *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. Juli 1911.*

Allgemeine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse nebst Mittheilung einiger erläuternder Fälle. Nichts Neues.

A. J. WRIGHT.

24) **Okunew. Einige Worte, betreffend die Resection des Thränenkanals. Demonstration neuer Zangen. (Nespolko slow po powodu resekzii slesno nosowowa kanala s demonstraziei schtschipzow nowoi modifiacatei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 27. 1911.*

O. wiederholt in dieser Arbeit kurz seine frühere Mittheilung, die bereits im Centralblatt referirt ist und schlägt eine etwas stärkere Zange vor.

P. HELLAT.

25) **Iwerschewsky. Die Erkrankungen der Thränenwege in ihrer Beziehung zu der Nase.** *Westnik uschnich, gorlowich i nosowich. Januar 1911.*

Nach ausführlichen anatomischen Untersuchungen findet der Verfasser vier verschiedene Typen der Strictur des Thränencanals. Von 189 Kranken hatten nur 31 keine Veränderungen der Nase. Beschreibung der rhinologischen und chirurgischen Behandlung (Resection des vorderen Endes der unteren Muschel, Spaltung des Thränencanals); dazu hat Verf. eigene Instrumente construirt. IWANOFF.

26) **A. Ham** (Haarlem). **Ringscoteme bei acuter rhinogener retrobulbärer Affection des Nervus opticus. (Ringscotomen bij acute rhinogene retrobulbäre aandoening van den N. opt.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 918. 1911.*

Der von van Gilse in der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, November 1910, Utrecht, mitgetheilte Fall, in welchem die Eröffnung der eiternden Keilbeinhöhle keinen Einfluss auf die Augensymptome hatte, wo dagegen auf Eröffnung der vorderen Siebbeinzellen die Gesichtsfunctionen wie mit Zauberschlag hergestellt wurden. Wahrscheinlich ist hier also der orbitale Opticus zwischen Gefässeintritt und orbitaler Oeffnung des Canalis opticus Sitz der Affection gewesen.

Verf. erörtert eingehend die Bedeutung des Ringscotoms. H. BURGER.

27) **C. F. C. Wallis. Das Gesichtsfeld bei Erkrankung der vorderen Nebenhöhlen. (The visual fields in anterior nasal sinusitis.)** *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. October 1911.*

Es wurden 23 Fälle von Erkrankung der Stirn-, Oberkiefer-, Siebbeinhöhle untersucht. Von 9 Fällen von Antrumeiterung zeigte einer ein normales Gesichtsfeld, 5 concentrische Einengung für Farben, 2 allgemeine Einengung, besonders auf der Schläfenseite, und einer geringe Einengung nur auf der Schläfenseite.

Von 3 Fällen von chronischem Stirnhöhlenempyem zeigten 2 concentrische Einengung und einer allgemeine Einengung; in den beiden untersuchten Fällen von acuter Stirnhöhleneiterung war beide Male allgemeine Einengung entstanden.

In 8 Fällen von Polysinusitis zeigten 2 concentrische, 3 allgemeine, mehr auf der Schläfenseite ausgesprochene Einengung, und 3 Einengung in der Höhe.

Diese Ergebnisse scheinen zu zeigen, dass bei Sinuserkrankung fast stets eine Veränderung des Gesichtsfeldes vorhanden ist. Der Grad der Einengung steht in keinem Verhältniss zur Schwere der Erkrankung. Auch wenn die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung erfolgreich ist, bleibt die Gesichtsfeldeinengung oft bestehen.

Centrales Scotom, wie in Fällen von Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen (Journ. of Laryng. etc. Mai 1911) war in diesen Fällen nicht vorhanden.

A. J. WRIGHT.

28) **A. Onodi** (Budapest). **Diagnose und Therapie der durch Nasennebenhöhlen-Erkrankungen verursachten oculoorbitalen Symptome.** *Orvosi Hetilap. No. 35. 1911.*

Verf. hat diese Abhandlung in der Jahresversammlung der British Med. Ass. Juli 1911 in Birmingham vorgetragen. Die im Titel enthaltene Frage wird nach unseren neuesten Kenntnissen erschöpfend behandelt. POLYAK.

29) **J. Bryan. Operative Behandlung von Nebenhöhlenerkrankungen, die Orbitalcomplicationen hervorrufen. (Operative treatment of suppurative sinus diseases producing orbital complications.)** *Journ. American Med. Association. 19. August 1911.*

Verf. will in allen Fällen, wo Nebenhöhlenerkrankungen mit schweren Augenerscheinungen complicirt sind, zunächst die endonasale Operation versuchen und erst, wenn diese im Stich lässt, zu radicaleren Methoden übergehen. Bei Gelegenheit der Besprechung der Killian'schen Stirnhöhlenoperation sagt Verf.: „Diese Operation ist eine furchtbare (formidable) und mit Gefahr verknüpft, nicht nur für das Leben des Patienten, sondern auch wegen eventueller Gefährdung des Auges und seiner Anhänge; um sie daher nicht in Misscredit zu bringen, sollte sie nur von chirurgisch geschulten Aerzten ausgeführt werden." EMIL MAYER.

30) **Baril. Zur Leitungsanästhesie des Nervus maxillaris sup. (Etude anatomique sur l'anesthésie régionale du nerf maxillair supérieur.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 35. 1911.*

Empfohlen wird, den Oberkiefernerv vor seinem Eintritt in den Canalis infraorbitalis an der Hinterwand des Oberkiefers zu anästhesiren. Als bester Weg hierzu wird Vordringen auf dem Mundwege durch den Canalis palatinus post. empfohlen. Es scheint, dass er sich mit grosser Leichtigkeit auffinden lässt, wenn man eine nicht über 5 cm lange Nadel an der Innenseite des zweiten Molaris knapp am Halstheile des Zahnes durch das Zahnfleisch in die Tiefe sticht. Die Gefahr, den Opticus zu verletzen, vermeidet man, wenn man nicht tiefer wie 5 cm sticht.

LAUTMANN.

31) **A. Fischer** (Budapest). **Eine neue Art der temporären Oberkieferresection.** IV. Jahresvers. der ungarischen chirurg. Ges. am 1.—3. Juni 1911. *Orvosi Hetilap. No. 31. 1911.*

Es wird ein ungefähr dem Weber'schen Schnitte entsprechender Weichtheil-Knochenlappen gebildet, welcher die vordere Wand der Kieferhöhle und den entsprechenden Theil der Apertura pyriformis enthält. Dieser Lappen wird seitwärts gebogen, so dass sein Charnier unter den Jochbügel kommt. Die mediale Wand der Kieferhöhle wird sammt der unteren Muschel entfernt; so wird genügend Platz gewonnen, um aus dem Epipharynx selbst breitsitzende maligne Geschwülste entfernen zu können.

Nach Entfernung der Geschwulst kann der Lappen zurückgelegt und durch Nähte fixirt werden. Das Verfahren bietet einen vorzüglichen Einblick und soll auch kosmetisch tadellos sein. POLYAK.

32) **R. Botey. Ein Fall von malignem Myxoma nasomaxillare mit Fortleitung auf die fronto-orbitale Gegend und die Hirnhäute. (Un cas de myxome pur malin naso-maxillaire avec propagation fronto-orbitaire et meningée.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 6. 1911.*

Das ganz besonders Seltene an diesem Falle soll der histologische Bau dieses malignen Tumors, ein Fall von reinem Myxom, sein. Die diesbezügliche histologische Studie aber fehlt. LAUTMANN.

33 **Adolf Blumenthal** (Berlin). **Weichtheilcyste am Oberkiefer.** *Deutsche med. Wochenschr. 17. 1910.*

Verf. glaubt, dass eine Weichtheilcyste, die er unter der linken Backe einer 48jährigen Patientin vorfand, auf Epithelscheiden zurückzuführen sei, die als Reste der Zahnleiste zurückbleiben können (Perthes). Zur Ausheilung müssen die epithelialen Bestandtheile radical entfernt werden. ZARNIKO.

34) **Ernst Oppikofer** (Basel). **19 Zahnwurzelcysten und 1 folliculäre Cyste mit specieller Berücksichtigung des mikroskopischen Befundes.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. 25. Bd. H. 1. 1911.*

Die beschriebenen Fälle kamen in den Jahren 1896—1910 in der oto-laryngologischen Klinik in Basel zur Operation. —

19 Cysten sassen im Oberkiefer, nur 1 im Unterkiefer; das gesteigerte Vorkommen der Zahncysten im Oberkiefer entspricht der Erfahrung, wenn auch die Erklärung dafür keine einwandfreie ist. Bei den Patienten, die meist den ärmeren Klassen angehörten, prävalirte das weibliche Geschlecht.

Die durchweg grösseren Cysten dehnten sich fast stets mehr oder weniger ins Kieferhöhleninnere aus, bei nur einem Falle fand eine Berührung der Kieferhöhlenschleimhaut durch die Cystenwand statt. Die Erscheinungsformen waren die üblichen, ebenso die Beschwerden der Patienten; als Durchschnittsdauer seiner Fälle nimmt Verf. 2 Jahre an. Die mikroskopischen Befunde werden eingehend wiedergegeben; die Details sind im Original nachzusehen. Die Cystenwand zerfällt in den typischen Fällen in drei Schichten: die äusserste stellt Bindegewebe dar, die mittelste Granulationsgewebe, und die innerste als Bekleidung des Cystenraums Plattenepithel. In keinem Falle fand sich Cylinderepithel als Auskleidung der Cyste. Das Wachsthum der Cyste erklärt Verf. aus Transsudation aus strotzend gefüllten, reichlich vorhandenen Gefässen in das Cysteninnere bei allmählichem Zugrundegehen des Epithels.

In allen 20 Fällen erzielte die Operation Heilung. W. SOBERNHEIM.

35) **J. Herzfeld** (Berlin). **Ueber Durchbruch alveolar-periostitischer Abscesse in der Nase.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 3. S. 434. 1910.*

Das Durchbrechen alveolar-periostitischer Abscesse in die Nase — ohne Mitbetheiligung der Kieferhöhle — ist selten. H. zählt die wenigen in der Literatur bekannten Fälle auf und gibt dann die Krankengeschichten zweier eigener Beobachtungen.

Bei dem ersten Falle, einem 43jährigen Patienten, war die seit Monaten bestehende fötide Naseneiterung verursacht durch den zweiten linken Schneidezahn, der sich bei der Anwendung des Inductionsstromes als todter Zahn erwies.

Bei dem zweiten Falle, einem 35jährigen Mann, zeigte die Röntgenaufnahme im Oberkiefer eine retinirte Wurzel des ersten linken Prämolaris und oberhalb desselben eine etwa erbsengrosse Höhlung.

Verf. nimmt an, dass es sich in beiden Fällen um den Durchbruch reiner periostitischer Abscesse und nicht etwa um vereiterte Zahnwurzelcysten gehandelt hat, während Ref. letztere Diagnose nicht ausschliessen möchte. OPPIKOFER.

36) **H. Bautze** (Pillau). **Beitrag zur Lehre von den Kiefercysten.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. IV. S. 99. 1911.*

In den Jahren 1894—1911 wurden an der Klinik und Poliklinik von Prof. Gerber 45 Fälle von Kiefercyste beobachtet, die nun B. in Tabellen zusammenstellt. Ein Theil dieser Fälle ist bereits früher und an anderer Stelle publicirt worden. 29 Fälle betrafen das weibliche und 15 das männliche Geschlecht. Bei einem Theil der Patienten liessen sich die Zähne bestimmen, von denen die Cyste ausgegangen war. Als häufigste Ausgangsstelle ist diejenige der Incisivi notirt. Durchweg lag die Cyste im Oberkiefer. Einmal handelte es sich um eine doppelseitige Cyste. In 20 Fällen wölbte sich die Geschwulst in den unteren Nasengang hinein.

Bezüglich der mikroskopischen Beschaffenheit der Cystenwand macht Verf. die Angabe, dass das die Cystenwand auskleidende Epithel meist ein mehrschichtiges Cylinderepithel sei. Diese Angabe kann ich an Hand eigener Untersuchungen nicht bestätigen; viel häufiger ist die Auskleidung mit Plattenepithel. Nicht zutreffend ist die Angabe, dass die Cystenwand Schleimdrüsen enthält; ich möchte annehmen, dass ein Stückchen Mund- oder Kieferhöhlenschleimhaut mituntersucht wurde.

Die meisten Fälle wurden nach der Methode von Partsch operirt. Oft liess sich auch mit gutem Erfolge nach den Angaben von Gerber ein Schleimhautlappen in die Höhle hineintamponiren. Bei einem Falle konnte ein spontanes Schwinden der Cyste beobachtet werden.

OPPIKOFER.

37) **Szleifstein. Rhinitis caseosa post sinuitidem maxillarem exulcerantem atque abscedentem.** *Medycyna. No. 34. 1911.*

Bei einer Patientin, welche an Nasenverstopfung litt, wurde, nachdem aus der rechten Nasenhöhle 2 Kaffeelöffel voll eitrig stinkender, breiartiger Massen entfernt wurden, rhinoskopisch ein Mangel der inneren Wand des Antrum Highmori sowie bedeutende Verschiebung des Septum nach links constatirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

38) **J. H. Harris. Demonstration einer Röntgenplatte, ein vollständiges knöchernes Septum im Antrum zeigend. Operation von aussen. (Exhibition of X-ray plate showing complete bony septum in antrum operated upon by the external route for empyema.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Nach Durchmeisselung des ungemein dicken Knochens in der Fossa canina kam Verf. in die kleinste Höhle, die er je gefunden hat. Nach Entfernung der Schleimhaut fand sich eine crepitirende Wand, die sich als Septum herausstellte und nach deren Perforation man in eine zweite grosse Höhle gelangte. Nach der Operation wurde die Röntgenplatte nochmals sorgfältig nachgesehen und man entdeckte nun eine scharfe, das Antrum theilende Linie, die vor der Operation nicht beachtet worden war. Verf. plaidiert auf Grund dieses Vorkommnisses für die Luc-Caldwell'sche Operation.

EMIL MAYER.

39) **von Tovölgyi** (Budapest). **Der Antroskoptrokar.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 1. 1911.*

Ein neues Instrument (abgebildet), das eine Zusammensetzung eines zur

Durchsicht des Innern der Highmorshöhle dienenden Antroskops mit einem darüber befestigten Trokar darstellt, und zur gleichzeitigen Punction und Inspection der Kieferhöhle dient.

W. SOBERNHEIM.

40) **Thomas Guthrie. Carcinom des Nasenrachenraums bei einem 17jährigen Mädchen. (Carcinoma of the naso-pharynx in a girl aged seventeen.)** *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. September 1911.*

Zuerst bestanden 4 Monate lang Nasenverstopfung links, Blutungen und Schmerzen. Auch war das linke Ohr ertaubt und es bestand Ausfluss aus demselben 2 Wochen lang. Auf der linken Halsseite fanden sich erhebliche Drüsenschwellungen. Die Geschwulst ging augenscheinlich von der linken Seite des Nasendaches aus, war in die Oberkieferhöhle eingedrungen und drückte den weichen Gaumen nach unten. Histologische Untersuchung ergab Carcinom. Es wurde keine Operation gemacht. Zuletzt trat Vortreibung des linken Auges und Erblindung desselben auf. Evler hat einen Fall bei einem 14 Jahre alten Patienten berichtet.

A. J. WRIGHT.

41) **Ferber. Carcinoma cavi pharyngo-nasalis.** *Medycyna. No. 34. 1911.*

Bei einem 65jährigen Kranken, welcher an Nasenverstopfung und Schlingbeschwerden litt, wurde vom Verf. im oberen Theile des Nasenrachenraums ein harter Tumor mit unebener Oberfläche und warzenartiger Bedeckung constatirt.

Im Larynx wurde ebenfalls Infiltrat der hinteren Wand festgestellt.

A. v. SOKOLOWSKI.

42) **Wilfred Trotter. Klinisch dunkle bösartige Nasenrachentumoren. (Clinically obscure malignant tumors of the nasopharyngeal wall.)** *Brit. Med. Journ. 25. October 1911.*

Aus einer 13 Fälle umfassenden Studie schliesst Verf., dass es sich in der Mehrzahl der Nasenrachentumoren um Endotheliome handelt. Von den beobachteten Fällen betraf nur einer eine Frau. Das durchschnittliche Alter war 18 bis 35 Jahre. In den Fällen, in denen der Tumor eine polypoide Hervorragung bildet, ist die Diagnose nicht schwer. Verf. hat jedoch 6 Fälle operirt und eine Anzahl anderer gesehen, in denen das einzige vorhandene Symptom in einer Infiltration der Nasenrachenwände bestand. In allen diesen Fällen begann die Geschwulst als eine Infiltration der Nasenrachenwand in der Gegend der Tubenmündung. In keinem Fall war Obstruction des Nasenrachens ein hervorstechendes Symptom. In den 6 operirten Fällen handelte es sich um Endotheliome. Die Symptome waren in allen Fällen sehr typisch. Gewöhnlich ist Taubheit in Folge Verlegung der Tuba Eustachii die erste Erscheinung. Bald darauf tritt Unbeweglichkeit auf derselben Seite des Gaumensegels auf als Folge einer Infiltration des M. levator palatini, Schmerzen im Ohr, der betreffenden Kopfseite, der Wange und Zunge in Folge Betheiligung des unteren Astes des Trigeminus und schliesslich Kieferklemme in Folge Ergriffenwerdens des M. pterygoideus internus. Drüsenschwellung erfolgt in diesen Fällen spät. Gewöhnlich werden die Fälle als Trigeminusneuralgie diagnosticirt, jedoch die Beschränkung der Schmerzen auf den unteren Trigeminusast, die Taubheit und die Unbeweglichkeit des Gaumensegels

auf derselben Seite sollten zur richtigen Diagnose führen. Verf. ist der Ansicht, dass manche Fälle, die als primäres Endotheliom des Ganglion Gasseri gelten, in Wirklichkeit solche Nasenrachengeschwülste darstellen. J. A. WRIGHT.

43) **Citelli** (Catania). **Ueber 10 Fälle von primären malignen Tumoren des Nasenrachens (4 Sarcome, 5 Carcinome, 1 Endotheliom).** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 4. S. 331. 1911.*

Die 10 Krankengeschichten werden eingehend mitgetheilt und bestätigen die bekannte trostlose Prognose dieser Erkrankungen. Der Fall von Endotheliom betraf eine 45 Jahre alte Frau; der bei Berührung leicht blutende Tumor von ziemlich regelmässiger Oberfläche sass hinter der rechten Tubenöffnung und verursachte allmählich unerträgliche Schmerzen. Ausgang unbekannt. OPPIKOFER.

c. Mundrachenhöhle.

44) **M. Tuschinsky** und **G. Iwaschenzow** (Petersburg). **Ueber Salvarsanbehandlung bei Skorbut.** *Münchener med. Wochenschr. No. 50. 1911.*

Unter Hinweis auf die Versuche Rumpel's, Gerber's und Henke's bezüglich der specifischen Wirkung des Salvarsans auf die Spirochäten des Rachenraumes und Kehlkopfes berichten Autoren über 8 Fälle von schwerem Skorbut, die sie mit intravenöser Infusion von Salvarsan behandelten. In den 5 ersten Fällen wurde die Wassermann'sche Reaction ausgeführt, welche bei allen Kranken, ausser dem 3., einem Luctiker, ein negatives Resultat ergab. Autoren kommen auf Grund ihrer Beobachtungen zu folgendem Schluss: „Bei schweren Fällen von Skorbut war nach der Anwendung von wiederholten kleinen Dosen Salvarsan Folgendes zu beobachten:

1. Schnelle Rückentwicklung der Krankheitssymptome in der Mundhöhle und Sinken der Zahl der Spirochäten.

2. Eine deutliche specifische Wirkung des Salvarsan auf die übrigen Skorbuterscheinungen ist nicht zu beobachten.“ HECHT.

45) **Lavraud. Trismus in Folge von Alkoholinjectionen mit Thiosinamin (Fibromalicin) geheilt. (Contracture de la mâchoire consécutive à des injections d'alcool etc.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. 1911.*

Es ist merkwürdig, dass manche Autoren glückliche Kuren auch in den schwersten Fällen mit Medicamenten erzielen, die sich in den Händen anderer Aerzte als vollkommen zwecklos erweisen. Nicht nur, dass Lavrand schon einmal eine narbige Glottisstenose mittels Fibrolysin geheilt hat, berichtet er jetzt von einer Patientin, die in Folge von Alkoholinjectionen in den N. maxillaris sup. offenbar in Folge von Muskelentzündung eine Kieferklemme acquirirt hatte, die sie ganz heruntergebracht hatte. Mittels einer Serie von Thiosinamineinspritzungen und gleichzeitiger Dilatation hat Lavrand seine Patientin geheilt. Wir geben die von Lavrand benutzte Formel an:

Aq. destill. 25 g
Natri salicyl. 0,50 g
Thiosinamini 1 g. LAUTMANN.

46) **Ernst Seifert. Ueber Choanal- und obere Pharynxstenosen.** (Aus der Universitäts-Poliklinik für Nasen-Kehlkopfkranke in Würzburg. Vorstand: Prof. Seifert.) *Oto-Rhino-Laryngologie der Gegenwart und ihre Grenzgebiete. Tokyo. Bd. VII. H. 1—2. 1910.*

Nach einer kritischen Uebersicht über die Literatur der letzten Jahre berichtet Verf. über zwei in der Poliklinik seines Vaters beobachtete Fälle. Im ersteren handelte es sich um eine Choanalstenose durch Narbenmembranen in Folge hereditärer Lues; es bestanden gleichzeitig Defecte des Gaumens, Verwachsungen der Gaumenbögen mit der hinteren Pharynxwand. Mit der stumpfen Spitze des Moure'schen Septummessers wurde die Membran durchstossen, durch Drehen des Instruments die Oeffnung erweitert. Die Verwachsung des rechten Theils des Gaumensegels und der Uvula mit der hinteren Pharynxwand wurde getrennt und dann Drains — zuerst von 0,8 cm Durchmesser — mit der Bellocq-schen Röhre eingeführt. Nach $1^1/_2$monatiger Behandlung ist normale und vollgenügende Nasenathmung erzielt.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Jungen mit syphilitischer Zerstörung der ganzen Nase, Fehlen der Uvula, Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand, sodass auch nicht die geringste Oeffnung nachweisbar war. Es wurde zunächst links von einem in der Medianlinie verlaufenden strammen Narbenzug mit dem Hajek'schen Messer ein querer Einschnitt gemacht und durch diesen ein Jodoformgazestreifen bis zur Nase herausgezogen, ebenso in gleicher Höhe rechts von dem Narbenstrang eine Incision gemacht und bei dieser Gelegenheit das Velum an der hinteren Rachenwand so weit wie möglich gelöst. Mit dem Bellocq'schen Röhrchen wurde nun das noch aus dem Munde heraushängende Ende des Jodoformgazestreifens rechts durch die Nase herausgezogen, darauf die beiden Enden des Streifens kräftig angezogen, sodass der mittlere Narbenzug wie in eine Schlinge eingeschnürt war. Am nächsten Tage war der mittlere Narbenstrang durchtrennt. Ein Versuch, die geschaffene Oeffnung durch eine Prothese offen zu zu halten, musste aufgegeben werden. Nach verschiedenen Versuchen wurden abwechselnd Drains und Jodoformgazestreifen eingeführt mit dem Erfolg, dass die Wundränder des weichen Gaumens ohne Wiederverwachsung verheilt sind.

FINDER.

47) **A. Hlés** (Budapest). **Fall von mit Laryngospasmus complicirtem retropharyngealem Abscess, Tracheotomie, Heilung.** *Orvorsi Hetilap. No. 7. 1911.*

Der Kehlkopfkrampf trat bei einem 2 Jahre alten Kinde unmittelbar nach der Eröffnung des Abscesses auf, dürfte also wohl als Aspirationskrampf aufgefasst werden, hat sich aber nach einigen Stunden wiederholt und hat die Tracheotomie nothwendig gemacht. Die Krämpfe traten auch in der Reconvalescenz auf.

POLYAK.

48) **Guarnaccia. Verfahren, die Oeffnung des Retropharyngealabscesses offen zu erhalten. (Procédé employé pour maintenir béant l'orifice de l'abcès retropharyngien chez les enfants.)** *Archives Internat. de Laryng. Tome XXXII. No. 2. 1911.*

Vorschlag, die Eröffnung des Abscesses mit der Hartmann'schen Zange

zu machen. Man schneidet ein elliptisches Stück an der Vorderwand des Abscesses heraus, wodurch seine vorzeitige Verklebung verhindert wird. Wir sind überzeugt, dass dieser Vorschlag wenig Nachahmer finden wird. Welchem Chirurgen wird es einfallen, einen Abscess anders als mit dem Messer zu eröffnen!

LAUTMANN.

49) **G. Trautmann** (München). **Retropharyngeale Strumen.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. 25. Bd. H. 1. 1911.*

Kurze Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle und Beschreibung eines eigenen Falles, der diagnostisch grosse Schwierigkeiten machte. — Tumor, der bei Respiration den ganzen Larynx fast völlig verdeckte, bei Phonation jedoch durch Verziehung nach hinten und oben das Kehlkopfinnere fast völlig freiliess. Die Röntgenphotographie zeigte, dass es sich um einen spindelförmigen Tumor handelte, der oben an der Schädelbasis ansetzte, hinten an der Vorderfläche der Wirbelkörper nach abwärts zog, vorn das Zungenbein, den ganzen Larynx, in diesen sich hineinlegend, und ein Stück der Trachea naeh vorwärts drängte.

W. SOBERNHEIM.

50) **Finder** (Berlin). **Die Tonsillen als Eintrittspforte der Infectionskrankheiten.** *Med. Klinik. 50. 1911.*

In seinem Vortrage bespricht Finder nach einer kurzen Einleitung über die Bedeutung der Tonsillen für den Organismus die verschiedenen Infectionskrankheiten, in welchen die Tonsillen als Eingangspforte für die Infection angesehen werden können: Diphtherie, Scharlach, acuter Gelenkrheumatismus, allgemeine Sepsis, Meningitis cerebrospinalis, Poliomyelitis acuta, Endocarditis, Orchitis, Tuberculose. Dass die Tonsillitis chronica bedauerlicherweise in den Kreisen der Practiker wenig bekannt ist (auch von Specialcollegen nicht genügend berücksichtigt ist. Der Referent), erklärt wohl auch, dass die Bedeutung der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionen noch so wenig von den Practikern gewürdigt ist.

SEIFERT.

51) **Coll** und **Bofill** (Barcelona). **Einfluss der Mandeln auf die Entwicklung der Tuberculose. (Influencia do los amygdales en el deserrello de la tuberculosis).** *Rev. Barcelonesa de enfermedades de oidos gargenta y nariz. 31. December 1910.*

Uebersicht über die Theorien von der Rolle der Mandeln als Eintrittspforte für die Tuberculose.

TAPIA.

52) **K. Landsteiner, C. Levaditi** und **C. Pastia. Das Virus in den Organen eines an acuter Poliomyelitis erkrankten Kindes. (Recherche du virus dans les organes d'un enfant atteint de poliomyélite aigue.)** *Compte-rendu des Séances de l'Académie des sciences. 12. Juni 1911.*

Ein an tuberculöser Pleuritis leidendes 2jähriges Kind erkrankt plötzlich unter Fieber (38,5°) mit Röthung der Rachenschleimhaut und weissen Auflagerungen in den Lakunen der Tonsillen. Am folgenden Tage sind die weissen Flecke

auf den Tonsillen verschwunden. Am Tage darauf Lähmung der unteren Extremitäten, der Rücken- und Nackenmuskeln, Verlust der Reflexe. In der Nacht Tod in Folge Athemlähmung. Autopsie ergiebt Poliomyelitis acuta; Hypertrophie der Tonsillen mit Exsudat in den Lakunen. Aus den Organen wird am Institut Pasteur eine Emulsion hergestellt; diese wird Affen in der Dosis von 0,5 ccm in das Gehirn und 1,75 ccm in das Peritoneum eingespritzt. Die Resultate fielen bei den Thieren, die mit Rückenmark, den Tonsillen, dem Pharynx geimpft wurden, positiv aus: Diese Thiere erkrankten an Lähmungen und die histologische Untersuchung ergab das typische Bild der Poliomyelitis, während Impfungen mit den anderen Organen ein negatives Resultat gaben. Verff. sind auf Grund ihrer Beobachtung der Ansicht, dass das „filtrirbare Virus“ in diesem Fall seine Eintrittspforte in den Tonsillen und der Pharynxschleimhaut hatte.

FINDER.

53) **Ludwig Liebe** (Seefeld i. T.) **Zur Aetiologie der epidemischen Kinderlähmung resp. Poliomyelitis und die Tonsillitis epidemica.** *Oesterreichische Aerztezeitung. No. 7. 1910.*

Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen geneigt, die Poliomyelitis und speciell Kinderlähmung als eine Auto-Intoxicatlon auf Grund kryptogenetischer Pyämie aufzufassen. Der primäre Herd kann in den Tonsillen, in den Tiefen der Mandelgruben, aber auch in der Gegend der Tuben-Ostien und Choanen, der Tonsilla lingualis und besonders in der Fossa supratonsillaris zu suchen sein.

FINDER.

54) **C. B. Faunce jr. Acute Toxaemie, verursacht durch Infection der Tonsille durch Bact. coli. (Acute toxaemia caused by infection of the tonsil by the colon bacilli.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. April 1911.*

Patient bekam plötzlich eine Halserkrankung, bestehend in Röthung und Oedem beider Tonsillen, die stark geschwollen waren und Bildung eines grauweissen Exsudates in den Krypten. Es bestand grosse Abgeschlagenheit, beide Tonsillen waren völlig mit Exsudat bedeckt; in der Mundhöhle fand sich ein ulcerös-herpetischer Zustand. Es wurden 6000 I.-E. gegeben; danach trat Besserung ein und in zwei Wochen war alles normal. Es fand sich kein Löfflerbacillus, aber ein Bacillus, der alle Characteristica des Bact. coli hatte. Er erwies sich als toxisch für Meerschweinchen. Verf. glaubt an eine Infection mit der Nahrung.

EMIL MAYER.

55) **Guy L. Hunner. Chronische Urethritis und chronische Ureteritis, verursacht durch Tonsillitis. (Chronic urethritis and chronic ureteritis caused by tonsillitis.)** *Journ. American Medical Associat. 1. April 1911.*

Verf. berichtet über 11 Fälle, in denen bei Frauen Urethritis oder Ureteritis einer Angina folgte. In einem Fall von Rheumatismus und chronischen Blasenstörungen hatte keine Behandlung Erfolg, bis die Tonsillen entfernt wurden. In einem anderen Fall bestanden seit 2 Jahren chronische Blasenstörungen, die erst mit der Entfernung der Tonsillen verschwanden. In manchen Fällen von Ureterenstrictur, in denen die gewöhnlichen ätiologischen Momente auszuschliessen waren,

nimmt Verf. als wahrscheinliche Entstehungsursache eine Tonsilleninfection an; trifft dies zu, so ist die Dilatationsbehandlung nutzlos, so lange nicht die Tonsillen entfernt sind (? Red.). EMIL MAYER.

56) **Goerke** (Breslau). **Lipomatosis hypopharyngis.** *Centralblatt für Chirurgie. No. 51. 1911.*

79jähriger Mann, dem ein 39 cm langer, zungenförmiger, im rechten Hypopharynx inserirender Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge nach Abbindung an der Insertionsstelle entfernt wurde. Der Tumor stellte sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Lipom heraus. Glatte Heilung. SEIFERT.

57) **L. Torrents** (Barcelona). **Stück eines Schneckengehäuses im Hypopharynx steckend; Extraction. (Trozo de concha de caracol en la hipo faringe; extraccion.)** *Rev. Barcelonesa de enf. de oidos, gargenta y nariz. 30. Sept. 1911.*

Der Fremdkörper konnte beim Niederdrücken der Zunge mit dem Escat-schen Spatel gesehen und mit einer Kehlkopfzange entfernt werden. TAPIA.

58) **Th. Guthrie** (Liverpool). **Seltene Fälle von Fremdkörpern des Rachens.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 4. S. 385. 1911.*

In dem ersten Falle handelte es sich um eine Münze im Hypopharynx bei einem 4 Jahre alten Mädchen. Bei Einführen des Münzenfängers wurde die hintere Rachenwand verletzt. Die Extraction gelang erst mit der Zange in Chloroformanästhesie nach Einführen des Killian'schen Röhrenspatels.

Bei dem zweiten Falle, einem 11 Jahre alten Mädchen, wurde in Narcose auf directem Wege eine Stecknadel aus dem Larynx extrahirt. OPPIKOFER.

d. Diphtherie und Croup.

59) **E. Seligmann** (Berlin). **Die Bekämpfung der Diphtherie in Schulen und geschlossenen Anstalten.** *Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankheiten. H. 1. 1911.*

Aus den Untersuchungen des Verf.'s ergab sich, dass in Schulen, Pensionaten, Krankenhäusern eine mindestens dreimalige Untersuchung sämmtlicher Insassen, der Kranken sowohl wie Gesunden, nothwendig war, um sämmtliche Bacillenträger ausfindig zu machen. Auch nach der Desinfection wurden noch Diphtheriebacillen gefunden. FINDER.

60) **F. Reiche** (Hamburg-Eppendorf). **Acetonurie bei Diphtherie und acuten Halsentzündungen.** *Münchener med. Wochenschr. No. 41. 1911.*

Autor kommt in seinem durch zahlreiches statistisches Material belegten Bericht, der auf dem Untersuchungsbefund von 3826 Kranken fusst, zu folgendem Schluss: „Da die mit dem (durch die klinischen Proben nachgewiesenen) Erscheinen von Aceton im Harn sich bekundende Stoffwechselstörung bei der Diphtherie sich zu 65 pCt., in der Gesamtheit aller anderen Anginen zu 40,2 pCt. vorfindet, so ist ihr jede Bedeutung in der Differentialdiagnose, die in der Regel zwischen den leichteren Formen der Diphtherie und den schwereren der übrigen Halsentzündungen abgewogen werden wird, abzusprechen, auch wenn dieses Ver-

hältniss sich zu Gunsten der ersteren für das jugendliche Alter bis zum 15. Lebensjahre auf 72 gegenüber 43 pCt. verschiebt.“ HECHT.

61) **J. D. Rolleston. Der Blutdruck bei Diphtherie. (The blood pressure in diphtheria.)** *Brit. Journ. of children's diseases. October 1911.*

Eine sich auf 179 Fälle erstreckende Serie von Untersuchungen über den systolischen Druck, aufgenommen mit der Martin'schen Modification des Riva-Rocci'schen Sphygmomanometers. Der Blutdruck war herabgesetzt in 63 Fällen und zwar stand seine Herabsetzung in directem Verhältniss zur Schwere der Erkrankung. Der höchste Stand war in der ersten Woche, der niedrigste in der zweiten Woche der Erkrankung. Bei Croupfällen mit Dyspnoe war ein hoher Druck vorhanden; es trat plötzlich eine tiefe Herabsetzung ein, wenn die Tracheotomie gemacht wurde.

In Fällen von frühzeitigen Lähmungen war ein Fallen des Blutdrucks zu verzeichnen, nicht so bei den Spätlähmungen.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass Blutdruckbestimmungen für die Prognose oder Behandlung der Diphtherie keine grosse Bedeutung haben. A. J. WRIGHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Fritz Henke** (Königsberg). **Einige Bemerkungen zur Salvarsanwirkung bei der Larynx-Lues.** *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1911.*

Unter Mittheilung zweier durch Salvarsaninjection geheilter Fälle von Larynx-Lues aus der Gerber'schen Poliklinik weist H. darauf hin, dass die theoretisch geäusserten Befürchtungen bezüglich Auftretens der Herxheimer'schen Reaction und dadurch bedingter gefahrdrohender Stenosenerscheinungen in praxi nicht in Erscheinung getreten seien; im Gegentheil komme es neben der auffallend schnellen Schmerzbeseitigung bei Halslues zu glatter Heilung ohne narbige Verwachsung und consecutive Stenosenbildung, wie sie oft im Heilungsverlauf bei den bisherigen Behandlungsarten eintraten. Unter Hinweis auf die Beeinflussung der nicht specifischen, durch andere Spirochäten bedingten Erkrankungen durch das Salvarsan, der „Spirochätosen“, wie Plaut-Vincent'sche Angina, Skorbut, versucht Autor das anscheinende Nichtauftreten der Herxheimer'schen Reaction folgendermaassen zu erklären: „Die specifischen Geschwüre der Mundrachenhöhle und des Larynx beherbergen meistens zahlreiche andere Spirochäten, die ihrerseits wieder den geschwürigen Zerfall und die Verjauchung des luetisch erkrankten Gewebes begünstigen und so Entzündung, Schwellung und Stenose noch um ein Beträchtliches erhöhen.“ Das Salvarsan als spirochätropes Mittel beseitigt alle diese Spirochäten und vermindert dadurch auch die durch sie bedingte secundäre Schwellung und Entzündung des primär luetisch erkrankten Gewebes. Die hierdurch bedingte Abnahme der entzündlichen Schwellung bietet damit einen Ausgleich für die durch die Herxheimer'sche Reaction entstehende reactive Schwellung, so dass letztere nicht sichtbar in Erscheinung tritt. HECHT.

63) **Sack. Ein Fall von Laryngitis gummosa mit „606“ behandelt.** *Westnik uschnich, gorlowich i nosowich bolesnej. Januar 1911.*

Ein rascher, voller Erfolg bei einem 10jährigen Mädchen. A. IWANOFF.



64) **F. Blumenfeld** (Wiesbaden). **Ueber Blutstillung im Kehlkopf durch Klammernaht.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 4. S. 389. 1911.*

Vortrag, gehalten vor der Versammlung deutscher Laryngologen. Frankfurt 1911.

OPPIKOFER.

65) **Sieur** und **Rouvillois. Fünf Fälle von Laryngostomie. (Cinq cas de laryngostomie.)** *Revue hebd. de Laryngologie. No. 32. 1911.*

Ueber diese Fälle haben die Autoren schon kurz beim letzten französischen Oto-Rhino-Laryngologen-Congress (siehe Referat) berichtet. Hier wurden die Krankengeschichten detaillirt mitgetheilt und an dieselben epikritische Bemerkungen angefügt. Trotzdem beide Autoren gerade keine idealen Resultate mit ihren fünf Fällen erzielt haben, sprechen sie sich ganz entschieden für die Laryngostomie aus und wollen von den alten Dilatationsmethoden nichts mehr wissen. Es liegt ganz im Geiste unserer modernen chirurgischen Tendenz, dass man sich das verengte Gebiet durch äusseren Einschnitt lieber zu Gesichte bringt. Schnell darf man dann aber auch nach Laryngostomie nicht sein, sondern im Gegentheil, man muss langsam, sogar sehr langsam dilatiren; darin liegt das Wesen des Erfolges. Auch mit dem Verschluss der laryngotrachealen Fistel muss man warten können. Es ist unstreitig mit der Laryngostomie ein grosser Fortschritt gemacht worden, aber dieser soll nicht im Zeitgewinn liegen, sondern darin, dass die Behandlung für den Patienten eine verhältnissmässig wenig unangenehmere wird und an die manuelle Geschicklichkeit des Laryngologen weniger Anforderungen stellt.

LAUTMANN.

66) **M. Rothmann** (Berlin). **Ueber die Beziehungen des oberen Halsmarks zur Kehlkopfinnervation.** *Med. Klinik. 52. 1911.*

In Thierversuchen (Hund, Affe) zeigte sich nach Durchschneidung der beiden Hinterstränge und der beiden Vorderstränge mit der dazwischen gelegenen grauen Substanz im ersten oder zweiten Halssegmente: ausser den motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen des Körpers eine vollkommene Heiserkeit. Diese Adductorenparese verlor sich innerhalb 4—6 Wochen. Durchschneidungen gleicher Art unterhalb des zweiten Halssegmentes ergaben keine Kehlkopfveränderungen: ebensowenig doppelseitige Durchschneidung des Accessoriusstammes oberhalb der ersten Cervicalwurzel. Athemstörungen wurden nicht beobachtet. Es muss sich daher um Vagusverbindungen handeln, die bis ins zweite Halssegment herabreichen.

SEIFERT.

67) **Eduard Borchers** (Altona). **Ein Beitrag zur Frage der Localisation der Sprachcentren im Gehirn.** *Münchener med. Wochenschr. No. 50. 1911.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von durch Trepanation geheilter motorischer Aphasie; es entstand hier durch eine linksseitige, die Gehirnsubstanz selbst nicht zerstörende Schussverletzung ein subdurales Hämatom, das die Gegend der dritten Stirnwindung und einen Theil der Centralwindungen so comprimirte, dass völliger Ausfall der in diesen Rindengebieten localisirten Functionen eintrat und bei dem durch eine operativ erreichte Druckentlastung

dieser Centren ein bald nachher zu constatirender Rückgang der Erscheinungen sich bemerkbar machte. Die Diagnose wurde durch das Röntgenbild gesichert, das auch die Veranlassung zum operativen Eingriff gab. Anschliessend epikritische Bemerkungen und Erörterungen über die verschiedenen Formen der Aphasie und die Bedeutung der Lehren von Wernicke und Broca gegenüber den Anschauungen Pierre Marie's.

HECHT.

68) **E. Pollak** (Graz). **Ueber die respiratorische Conträraction der Stimmlippen bei psychogenen Neurosen.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1107. 1911.*

Vortrag, gehalten am III. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress. Berlin 1911.

OPPIKOFER.

69) **Domenico Tanturri. Zungen-Kehlkopf-Schultermuskellähmung bei einer Patientin mit gleichseitiger Labyrintheiterung und mit Aneurysma der Aorta ascendens. (Paralisi glosso-laringea o dei muscoli della spalla in una inferma con pio-labirintite omolaterale e con aneurisma dell' aorta ascendente.)** *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche. 1911.*

Der Fall gehört zu dem zuerst von Tapia beschriebenen Symptomencomplex. Es handelte sich um eine 68jährige Frau, bei der sich vollständige linksseitige Recurrenslähmung, Abweichung der Zunge nach links mit Muskelcontractionen längs des linken Zungenrandes, linksseitige Lähmung und Hemiatrophie der Zunge, Lähmung des M. trapezius und des M. sternocleidomastoideus fand. Die Beweglichkeit des Gaumensegels war intact. Es fand sich im linken Gehörgang eine grosse polypöse Wucherung, völlige Taubheit links. Es bestand ferner ein grosses Aneurysma der Aorta ascendens, das auf den Oesophagus drückte. Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit ist nichts bekannt.

Verf. legt besonderen Werth auf die Thatsache, dass die Sensibilität des Vestibulum laryngis in seinem Fall erhalten war. In seinem Falle sei nicht das Aneurysma, das ein solches der Ascendens war, Ursache der Recurrenslähmung, sondern diese sei centralen Ursprungs, bedingt durch die Otitis. Die hauptsächlich von Massei und seinen Schülern betonte Störung der Sensibilität des Larynxeingangs finde sich nur bei Recurrenslähmungen peripheren Ursprungs.

FINDER.

70) **F. Sanz. Ein Fall von halbseitiger Zungen-Stimmbandlähmung (Syndrome de Tapia). (Un cas d'hemiplégie glosso-laryngée.)** *Archives Internat. de Laryng. Tome XXXI. No. 2. 1911.*

Im Anschluss an eine Krebsmetastase in die rechtsseitige Carotisdrüse entwickelte sich eine Atrophie und Lähmung der rechten Zungenhälfte und gleichzeitig eine totale Lähmung des rechten Stimmbandes. Diejenigen, die die verschiedenen Combinationen der Lähmungen der einzelnen Hirnnerven mit Autorennamen bezeichnen wollen, können hier von einem Fall von Lähmung



Typus Tapia sprechen. Die anderen werden ebenso schnell finden, dass es sich um gleichzeitige Lähmung des Hypoglossus und Vagus handelt. LAUTMANN.

71) **G. Piolti. Schmidt'scher Symptomencomplex, Kehlkopfrachenlähmung mit Lähmung des Trapezius und Sternocleidomastoideus nach Trauma. (Sindrome di Schmidt, emiplegia faringo-laringea, del trapezio e dello sterno-cleido-mastoideo in seguito a trauma.)** *Arch. Ital. di Otologia. Mai 1911.*

Der Patient zeigte: Lähmung des linken Stimmbandes, der Gaumenmuskeln, der Pharynxconstrictoren, des linken Trapezius und Sternocleidomastoideus. Diese Erscheinungen traten auf 5 Tage nach einem Trauma am Hinterkopf.

CALAMIDA.

72) **M. Carbone. Doppelseitige Recurrenslähmung. [(A proposito di un caso di paralisi ricorrenziale bilaterale della laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Heft 4. 1911.*

Es handelte sich um eine beiderseitige Posticuslähmung, besonders links, verursacht durch Schwellung der tracheo-bronchialen Drüsen und durch pleuritische Schwarten. CALAMIDA.

73) **Justus Mathews. Beobachtungen über die Stimmbänder in 1000 Fällen von Kropf. (Observations on the vocal cords in one thousend cases of goiter.)** *Journ. American Medical Association. 3. September 1910.*

Bei der Untersuchung von 1000 Fällen fanden sich 17 mal Lähmungszustände beider Stimmbänder, 93 mal der rechten und 112 mal der linken, zusammen 289 partielle oder complete Lähmungen bei 272 Individuen. Verf. weist darauf hin, wie wichtig die laryngoskopische Untersuchung in jedem Fall von Kropf vor der Operation ist. EMIL MAYER.

74) **F. Pick. Ein Fremdkörper unterhalb der Epiglottis.** (Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen, Sitzung vom 16. Juni 1911.) *Wiener klinische Wochenschr. No. 28. 1911.*

Spongiosa eines Rinderknochens, lange Zeit unterhalb der Epiglottis eingekeilt, verursachte keine grössere Beschwerden. HANSZEL.

75) **Fr. Neumann** (Wien). **Zur endolaryngealen und endobronchialen Operation.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1113. 1911.*

Um bei Kindern mit Larynxpapillom die Narkose ungestört und anhaltend weiterführen zu können, hat N. den Brünings'schen Spatel derart modificirt, dass er seitlich einen kleinen Kanal in seiner Wand trägt, der 2 cm vor der Spatelspitze in das Lumen des Spatels mündet (Firma Leiter Wien IX, Mariannengasse 11). Der Kanal wird mit dem Junker'schen Narkoseapparat in Verbindung gebracht und es können dann die Chloroformdämpfe anhaltend ins Larynxinnere einströmen. Dieselbe Firma hat nun auch Bronchoskopieröhren mit Narkosebohrung hergestellt, die bei Kindern für länger dauernde endobronchiale Eingriffe geeignet sein dürften. OPPIKOFER.

76) **Goerke** (Breslau). **Fremdkörper in der Trachea.** *Centralblatt für Chirurgie. 51. 1911.*

Einem vierjährigen Knaben wurde ein gresses vierkantiges Emaillestück nach Tracheotomie aus der Trachea entfernt; glatte Heilung. SEIFERT.

77) **Sokoloff. Ueber die Verwendung der Bronchoskopie zur Behandlung der Lungenkrankheiten.** *Westnik uschnich, garlowich i nosowich bolesnej. Febr. 1911.*

In zwei Fällen von Lungenkrankheiten, wo die Anwesenheit des Fremdkörpers vermuthet wurde, ist die directe Bronchoskopie angewandt; in einem Falle fand Verf. im linken Hauptbronchus Blutgerinnsel, im anderen im linken Bronchus einen Abscess. Rasche Genesung nach der Bronchoskopie.

IWANOFF.

78) **Gallusser** (St. Gallen). **Bronchoskopisches.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 35. 1911.*

Nach Schilderung eines eigenen Falles gelungener Entfernung eines grossen Apfelstückes aus dem rechten Hauptbronchus und anderer Fälle von Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren aus tiefen Bronchialästen kommt Verf. auf die bronchoskopische Behandlung der chronischen Bronchitis und des Asthma nervosum durch Ephraim zu sprechen. Verf. schildert die diesbezüglichen Ergebnisse Ephraims.

G. hat in zwei Fällen stark asthmatischer 14jähriger Mädchen diese Behandlungsmethode versucht; bei einem mit glänzendem Dauererfolg nach zwei Einstäubungen, beim andern mit einem ebenfalls andauernden, aber mühsamer eintretenden Erfolg. G. macht zutreffende Bemerkungen über die unsichere Beurtheilbarkeit dieser neuen Behandlungsergebnisse, schliesst aber trotzdem mit Recht, dass der Bronchoskopie, die heute noch in den Kinderschuhen stecke, für die innere Medicin eine bedeutende Rolle beschieden sei.

JONQUIÈRE.

79) **V. Nicolai. Fremdkörper im rechten Bronchus. Extraction auf natürlichem Wege mit Hülfe des Nicolai'schen Polyskops. (Corpo straniero nel bronco destro. Estrazione per le vie naturali usando il Poliscopio Nicolai.)** *Arch. Ital. di Otologia. September 1910.*

Ein 16jähriges Mädchen hatte eine Haarnadel aspirirt. Zunächst keinerlei Beschwerden; nach einigen Tagen Schmerzen in der rechten Seite, leichte Dyspnoe; Husten und Auswurf. Hinten rechts unten im Bereich des siebenten bis achten Intercostalraums hört man Rasseln. Mittels Röntgenuntersuchung fand man den Schatten des Fremdkörpers rechts vom Herzschatten. Extraction mittels des Bronchoskops. Zur Beleuchtung verwandte Verf. sein „Prismenpolyskop", das in Bezug auf die Intensität und Gleichmässigkeit des Lichts dem Brünings'schen Electroskop überlegen sein soll. CALAMIDA.

80) **Meschersky. Zwei Fälle von Bronchoskopie.** *Westnik uschnich, gorlowich i nosowich bolesnej. Februar 1911.*

Bei beiden sind mittelst unterer Bronchoskopie Sonnenblumenkerne entfernt.

IWANOFF.

81) **A. Ephraim** (Breslau). **Ein bemerkenswerther Fall von Fremdkörper des linken Bronchus.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 5. S. 307. 1911.*

Der Fremdkörper, der Wirbel eines Huhns, wurde beim Essen einer Brühe, in welche Hühnerfleisch eingeschnitten war, in den linken Bronchus aspirirt. Da schon vorher eine Bronchitis bestanden hatte, und in den nächsten zwei Monaten nach der Aspiration die Bronchitis nur etwas stärker wurde und auch die Röntgenaufnahme negativ ausfiel, so war von verschiedenen Aerzten die Möglichkeit der Aspiration eines Fremdkörpers in die Lunge verneint worden. Der Fremdkörper lag 2 cm unterhalb der Carina im linken Bronchus in Granulationen eingebettet und wurde mit Hülfe der oberen Bronchoskopie entfernt. Sofortige Heilung.

OPPIKOFER.

82) **Sargnon. Zwei neue Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien. (Deux nouveaux cas de corps étrangers intrabronchiques).** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXXII. No. 2. 1911.*

Bei einem tuberkulösen jungen Manne verfängt sich eine Erbse im rechten Bronchus. Sofort setzen die alarmirendsten asphyktischen Symptome ein. Noch vor 24 Stunden muss am schon asphyktischen Patienten die Tracheotomie vorgenommen werden. Drei Stunden später wird die untere Bronchoskopie ausgeführt. Es stellt sich eine so foudroyante Blutung ein, dass die endoskopische Sitzung unterbrochen werden muss, ohne dass man des Fremdkörpers ansichtig geworden wäre. Die Autopsie bringt die Erklärung. Die linke Lunge des Patienten war sozusagen nur ein fibröser Block, der schon lange offenbar nicht mehr zur Athmung ausreichte. Rechts im Oberlappen sass eine grosse Caverne und der untere Lappen war durch die Erbse und die reactive Schwellung verschlossen. Die Blutung rührte von leichten Excoriationen der Trachealschleimhaut her. Trotz der Kleinheit des Fremdkörpers trat hier die Asphyxie in Folge der schweren anatomischen Schäden der Lunge ein.

Der zweite Fall betrifft ein vierjähriges Kind, das eine Bohne in den rechten Bronchus aspirirt hatte. Tracheotomie und gleich darauf Bronchoskopie. Die Extraction hatte einige Schwierigkeiten wegen der Grösse und Quellung des Fremdkörpers.

Sargnon empfiehlt eine eigene Canüle, welche bei dem tracheostomirten Patienten gestattet, Sauerstoff nach der Meltzer'schen Methode zuzuführen (siehe Province Médicale 1910, Sargnon et Bérard).

LAUTMANN.

83) **R. H. Johnston. Fremdkörper im rechten Bronchus durch obere Bronchoskopie entfernt. (A foreign body removed from right bronchus by upper bronchoscopy.)** *Maryland Medical Journal. Juni 1911.*

Patient inhalirte eine Cravattennadel, die mit dem Kopf nach unten im

rechten Bronchus zu liegen kam. Unter Cocainanaesthesie konnte die Nadel leicht gesehen werden; als jedoch die Zange ihr genähert wurde, war sie verschwunden. Am nächsten Tage konnte in Chloroform-Narkose die Nadel sichtbar gemacht und extrahirt werden. EMIL MAYER.

84) **C. Springer. Fremdkörper im Bronchus.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 21. October 1910.) *Prager med. Wochenschr. No. 5. 1911.*

Nach erfolgter Tracheotomie entfernte S. einen Johannisbrotkern und ein Stück Walnusskern auf mikroskopischem Wege von der Trachealwunde aus. Bei einem durchlochten Fremdkörper (Rosenkranzperle) im linken Oberlappenbronchus athmete der Oberlappen, während im Unterlappen das Athemgeräusch fehlte, worauf gelegentlich Bedacht genommen werden sollte. HANSZEL.

f. Schilddrüse.

85) **David Marnie** und **C. H. Lenhart. Die pathologische Anatomie der menschlichen Schilddrüse. (The pathological anatomy of the human thyroid gland.)** *The Archivs of Internal Medicine. 15. April 1911.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebniss, dass es keine für die Schilddrüse specifischen anatomischen Veränderungen giebt; er fügt hinzu, dass es — mit Ausnahme vielleicht der Tumoren — keine von der Schilddrüse ausgehende und auf primären Veränderungen derselben beruhende Erkrankung gebe. Alles spreche vielmehr dafür, dass die Schilddrüsenveränderungen, mit was für einem Symptomencomplex sie verbunden sein mögen, secundär und die Folge von mehr allgemeinen Störungen — wahrscheinlich solchen der Ernährung — seien. EMIL MAYER.

86) **G. Roussy** und **J. Clunet. Ueber die histo-pathologische Untersuchung der Schilddrüse. (Introduction à l'étude histo-pathologique du corps thyroide. Lésions élémentaires.)** *La Presse Médicale. No. 94. 1911.*

Reichlich mit Abbildungen versehene histologische Studie. LAUTMANN.

87) **A. Carrel** und **W. J. Burrows. Cultivirung der Schilddrüse in vitro. (Cultivation in vitro of the thyroid gland.)** *Journal of Experimental Medicine. April 1911.*

Seit dem September 1910 haben Verff. Schilddrüsen von Säugethieren zu wiederholten Malen cultivirt. Kleine Theile der Drüse wurden an anästhesirten Hunden, Katzen und Meerschweinchen exstirpirt und in Plasma, das von demselben Thiere oder einem solchen derselben Species stammte, cultivirt; diese Culturen werden als autogene oder homogene unterschieden. Die proliferirten Elemente bestehen aus Bindegewebe und Epithelzellen, wobei die ersteren prädominiren. Diese Zellen bleiben in der Cultur zwei Wochen oder länger am Leben; diese Periode kann durch secundäre und bisweilen tertiäre Culturen ver-

längert werden. Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass die Methode der Cultivirung in vitro bei gewissen Drüsen zum Studium der inneren Secretion verwandt werden könnte.

EMIL MAYER.

88) **Juschtschenko. Schilddrüse und fermentative Processe. (Ichtschietowidnaja sheleda i formentatidnye procyessy.)** *R. Wratsch. p. 1402. 1911.*

Auf Grundlage von Literaturangaben, vor allen Dingen aber zahlreicher eigener Untersuchungen kommt J. zum Schluss, dass die Schilddrüse bei den Fermentvorgängen des Gewebeumsatzes sowohl im normalen als im pathologischen Zustande eine hervorragende Rolle spielt.

Nach seiner Anschauung spielt hierbei die Jodeisenverbindung eine grosse Rolle. Wie das vor sich geht, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden.

P. HELLAT.

89) **C. Schuster** (Bamberg). **Ueber zwei Fälle von Strumitis auf luetischer Basis.** *Wiener klinische Rundschau. No. 26—28. 1911.*

Bei einem 66jährigen Mann trat eine acute Entzündung seiner Struma auf, welche an der fluctuirenden Stelle incidirt wurde, wobei sich viel Eiter entleerte. Erst durch den protrahirten Heilungsverlauf kam man auf die Diagnose Lues. Aehnlich verhält sich der zweite Fall, der eine junge Frau betraf.

HANSZEL.

90) **Moure. Struma vom Basedowtypus mit einem Fortsatz unter das Sternum. (Goitre plongeant à type Basedow fruste avec compression du paquet vasculo-nerveux du cou. Opération et Guérison.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 22. 1911.*

Patientin, 20 Jahre alt, bemerkt seit einigen Monaten, dass ihr Hals, der stets etwas dick war, plötzlich stärker zu wachsen beginnt. Seit jener Zeit stammen auch Anfälle, die man nach der Beschreibung als hysterische betrachten würde. Diese Anfälle mit Bewusstseinverlust und unregelmässiger Athmung einhergehend, werden immer stärker, weshalb Patientin Moure vorgestellt wird. Derselbe constatirt ausser einer grossen weichen Struma nichts Besonderes. Echte Basedowsymptome fehlen. Moure kann sich Anfangs zu einer Intervention nicht entschliessen und möchte noch die Meinung von Prof. Pitres einholen. Während der Beobachtungszeit jedoch erfolgt keine neue Krise. Kaum aus dem Spitale entlassen, fällt Patientin in eine neue Krise, die bis zum Coma geht. Im comatösen Zustande wird Patientin von Moure operirt, der aus der Struma eine grosse Cyste mit chocoladefarbenem Inhalt entleert, worauf Patientin, die unter Cocainanaesthesie operirt worden war, sofort aus dem Coma erwacht. Die Cyste erstreckte sich bis an die Halswirbelsäule, bis unter das Sternum, comprimirte den Vagus, den Recurrens und die Trachea. Auch ein Theil der linken Hälfte der Struma musste entfernt werden. Vollständige Heilung.

LAUTMANN.

91) **W. Martin. Grosse intrathoracische Cyste der Schilddrüse. (Large intrathoracic cyst of the thyroid gland.)** *Annals of Surgery. Juni 1911.*

Eine normale Schilddrüse oder ein kleiner Kropf, der an der oberen Brustapertur liegt, kann sich auf- und abwärts bewegen, bald über bald unter der

Apertur zu liegen kommen. Wenn der Kropf an Grösse zunimmt, so werden die Excursionen weniger leicht; er kann sich unterhalb der Apertur eingeklemmt haben, so dass er nicht mehr am Halse zum Vorschein kommt. Diese Incarcerationen können wegen des Drucks auf die Trachea sehr fatal werden. Der Kropf kann auch innerhalb des Brustraums liegen, lange Zeit hindurch keine Drucksymptome hervorrufen und oberhalb der Apertur nur bei forcirter Athmung, beim Schlucken und vor Allem beim Husten sichtbar werden oder es braucht überhaupt keine Geschwulst oberhalb des Sternum und der Clavicula zu erscheinen. In die letztere Categorie gehören die vom Verf. mitgetheilten Fälle. EMIL MAYER.

92) **Hölscher** (Berlin). **Ueber Stenose der oberen Luftwege bei Kropf.** *Fränkel's Archiv für Laryng. Bd. 25. H. 2. 1911.*

Verf. giebt die Krankengeschichten von 17 von ihm operirten Kropffällen, bei denen Athembeschwerden die Veranlassung zur Operation gaben. — Die Krankengeschichten sind durch 5 Textfiguren illustrirt. — Verf. befürwortet die allgemeine Narkose, da sie ihm ein rascheres und ruhigeres Arbeiten ermöglicht als die Localanästhesie und auch dem nervösen Patienten die Aufregung erspart, ganz besonders, wenn es sich um Luxation und Auslösung die Luftröhre umgreifender Kröpfe handelt. WILH. SOBERNHEIM.

g. Oesophagus.

93) **Garcia Ilurre** (Madrid). **Ein Fall von schwerem Oesophagismus. Dilatation mittels Oesophagoskopie. (Un caso de esofagismo grave. Dilatacion con la esofagosocopia.)** *Clinica y Laboratorio. Juni 1911.*

Die Spasmen wurden reflectorisch von der Nase aus ausgelöst. Heilung erfolgte durch Einführung des Oesophagoskops. TAPIA.

94) **Levy** (Breslau). **Lipomatöse Ausgüsse des Oesophagus.** *Centralblatt für Chirurgie. 51. 1911.*

Ein Patient mit symmetrischer Lipomatose hatte spontan vollkommene Ausgüsse des Oesophagus erbrochen, die sich als Lipome erwiesen. SEIFERT.

95) **E. Villaudosa Llubes** (Barcelona). **Symptomatologie der Oesophagusstenosen mit Bezug auf die Differentialdiagnose. (Sindrome de les estenosis esofagoscopicas con relacion al diagnosico diferencial.)** *Rev. Barcelonesa de enfermedades de la garganta nariz y oido. 30. September 1911.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die vor der Oesophagoskopie gebräuchlichen Methoden, über die diagnostischen Hülfsmittel, um Sitz und Natur festzustellen, und die heute angewandten Methoden nebst einer Kritik derselben. TAPIA.

96) **Jacques. Eitrige Perioesophagitis nach Extraction eines Fremdkörpers. (Perioesophagite suppurée après extraction de corps étranger.)** *Revue hebd. de laryng. No. 46. 1911.*

Im Anschluss an das Steckenbleiben (oder vielleicht auch an die endo-

skopische Extraction?) einer spitzen Fischgräte kam es zur Bildung einer Vereiterung um den Oesophagus und schweren septischen Erscheinungen. Jacques führte trotz der ziemlich alarmirenden Situation wiederholt das oesophagoskopische Rohr ein und konnte so die Läsionen im Oesophagus während der Dauer der Krankheit inspiciren. Er constatirte so die Existenz von kleinen bluthaltenden Bläschen und auf der Hinterwand des Oesophagus die einer Rhagade, ungefähr 25 cm von der Zahnreihe entfernt. Unmittelbar darunter war der Oesophagus durch eine Reihe von Schwellungen verengt. Auf Druck des Tubus entleeren diese Schwellungen etwas Eiter. Nach einer dieser Sitzungen trat eine merkliche Besserung ein. Bei einer der nächsten Sitzungen gelingt es Jacques mit dem Watteträger einen Abscess der Oesophaguswand zu durchstossen, worauf endgültige Heilung eintritt.

LAUTMANN.

97) **Frese** (Halle). **Ueber oesophagoskopisch diagnosticirte Tractionsdivertikel der Speiseröhre.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1323. 1911.*

F. konnte in 2 Fällen mittelst der Oesophagoskopie ein Tractionsdivertikel nachweisen. Bei dem ersten Falle, eine 28jährige Frau betreffend, fand sich 20 cm von der Zahnreihe entfernt, an der vorderen Wand der Speiseröhre eine schräg nach unten verlaufende Grube von einigen Millimetern Tiefe. Bei dem zweiten Falle, 70 Jahre alte Frau, war das Divertikel ungefähr 1 cm tief und lag an der vorderen Wand der Speiseröhre, 25 cm hinter der Zahnreihe.

Es ist möglich, dass scheinbar nervöse Störungen, wie Fremdkörpergefühl, leichte Schlingbeschwerden, unangenehme Sensationen in der Speiseröhre, manchmal auf solche Tractionsdivertikel zu beziehen sind.

OPPIKOFER.

98) **Ritter** (Posen). **Ersatz der Speiseröhre durch Dünndarmimplantation.** *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 112. 1911.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ernst Barth. Einführung in die Physiologie, Pathologie und Hygiene der menschlichen Stimme.** Mit 260 Abbildungen und 2 farbigen Tafeln. Leipzig 1911. Verlag von Georg Thieme. Preis 15 M.

Ein vortrefflich ausgestattetes, ansehnliches, über 500 Seiten umfassendes Werk liegt vor uns. Es theilt sich entsprechend dem Titel in drei Absätze: die Physiologie, Pathologie und die Hygiene der Stimme. Dabei fasst aber Barth den Begriff der Stimmphysiologie wesentlich weiter, als es sonst zu geschehen pflegt, indem er die Grundlagen der Akustik ausführlich bespricht, die Anatomie der Athmung, des Kehlkopfes und des Ansatzrohres (mit zahlreichen guten Figuren) darstellt und erst nach Besprechung der Physiologie der Athmung auf die Stimmphysiologie im engeren Sinne eingeht. Nennen wir hier noch die Kapitelüberschriften: Akustik: Allgemeine Physik des Schalles, Mechanismus der verschie-

denen Tonwerkzeuge, Vergleichende Charakteristik der häufigsten Klangfarben, Resonanz, Interferenz und Schwebung, Consonanz und Dissonanz, Das Gehör — Bau des menschlichen Stimmapparates: Athmungsapparat, Kehlkopf, Ansatzrohr — Physiologie der Athmung: Die verschiedenen Athmungstypen, Die stimmphysiologischen Untersuchungsmethoden der Athmung, Einfluss der verschiedenen Athmungstypen auf die Stimme — Physiologie des Kehlkopfes: Mechanik des Kehldeckels, Entstehung der Stimme im Kehlkopf, Geschichte der Stimmphysiologie, Johannes Müller's Untersuchungen, Physiologie der Taschenlippen und des Morgagni'schen Ventrikels — Die stimmphysiologischen Untersuchungsmethoden des lebenden Kehlkopfes: Laryngoskopie, Autolaryngoskogie, Durchleuchtung, Orthoskopie, Autoskopie, Endoskopie, Laryngo-Stroboskopie, das Röntgenverfahren, Inspection und Palpation — Die Beobachtung am lebenden Stimmorgan: Register der menschlichen Stimme, Ontogenetische Entwickelung der Stimme — Die Physiologie des Ansatzrohres: Entstehung der Vocale, der Consonanten, Die acustischen Theorien der Vocale und Consonanten, Singen und Sprechen — Besondere Stimmarten — Innervation der Stimme — Die Stimme als Ausdrucksbewegung — Vergleichende Physiologie der Stimme — so können wir uns nicht wundern, dass diese physiologischen Auseinandersetzungen mehr als die Hälfte des Buches (320 Seiten) einnehmen.

Aber auch die Pathologie der Stimme ist im zweiten Absatz ausführlich dargestellt. So werden die organischen Stimmstörungen sowohl wie die functionellen ausführlich besprochen, so die Stimmstörungen in Folge Erkrankung des Athmungsapparates nach Tracheotomie, bei Herzkrankheiten, die Störungen der Stimme bei akutem Kehlkopfkatarrh, bei Schnupfen, Bronchitis, Scharlach, Masern, Diphtherie etc., die Stimmstörungen bei Kehlkopfgeschwülsten, bei Sängerknötchen, die Erscheinungen in Folge organischer Lähmung der Kehlkopfmusculatur und bei Erkrankungen des Centralnervensystems, die toxischen Stimmstörungen, die Stimmstörungen in Folge von Verletzungen, in Folge von congenitalen Unregelmässigkeiten des Kehlkopfes, in Folge krankhafter Veränderungen des Ansatzrohres. — Bei den functionellen Stimmstörungen wird auf die verschiedenen Formen der Aphonie und Dysphonie ausführlich eingegangen, die Entwickelungsstörungen der Stimme werden in allen ihren Einzelheiten beschrieben, und schliesslich wird eine Uebersicht der wichtigsten Sprachstörungen angefügt.

Der dritte Theil endlich beschäftigt sich mit der Hygiene der Stimme, bespricht in einem sehr lesenswerthen Kapitel den allgemeinen gesundheitlichen Werth der Stimmbethätigung für die Entwickelung der Brust durch die Uebung der Athmungsmusculatur, den Einfluss des Singens auf den Kreislauf des Blutes, den Blutgehalt der Lungen, auf die Herzthätigkeit, auf den Stoffwechsel, auf die Thätigkeit der Verdauungsorgane etc.; auch die allgemeine Bedeutung der verschiedenen Arten des Sports in ihrem Einfluss auf die Physiologie der Stimme wird ausführlich gewürdigt. — Zum Schluss giebt der Verfasser eine Darstellung des speciellen hygienischen Stimmgebrauches, die besonders wegen der allgemeinen dort aufgestellten Principien die Aufmerksamkeit der Laryngologen in ganz besonderem Maasse verdient. — Endlich folgt ein ausführliches Sach- und Namenregister.

Es ist eine grosse Aufgabe, die sich der Verfasser stellte: nicht nur eine Zusammenstellung der Stimmkrankheiten zu geben, sondern die gesammten wissenschaftlichen Grundprincipien der Laryngologie gleichzeitig darzustellen: die Physiologie der Stimme, die Akustik, Phonetik, und alles dieses einheitlich zusammenzufassen. Dass der Verfasser sich mit allen Kräften bemüht hat, dieses Ziel der Darstellung zu erreichen, geht aus sämmtlichen Theilen seines Buches deutlich hervor. Die Literatur ist bekanntlich so umfangreich, dass schon aus diesem Grunde eine derartige Zusammenfassung verdienstvoll erscheint. Offenbar ist das Buch zum grossen Theil auf Grund fleissiger Excerpte beim Studium dieser Literatur entstanden. Dass der Verf. bei der Darstellung auf seinem zum Theil von den Ergebnissen anderer Forscher abweichenden Standpunkte stehen bleibt, kann ihm durchaus nicht zum Vorwurf gemacht werden. Vielleicht wäre es an manchen Stellen besser gewesen, diesen abweichenden Standpunkt durch eine schärfere Gegenüberstellung der abweichenden Ansichten anderer mehr zu präcisiren, als einen Ausgleich zwischen beiden Auffassungen zu versuchen, so z. B. bei der Frage der Kehlkopfstellung und -bewegung beim Kunstgesang. Bei der Art, in welcher der Verfasser seine mühevolle Aufgabe zu vollenden versuchte, ist es ihm mehrfach begegnet, dass er an einzelnen Stellen die Namen der Autoren, welche die Versuche angegeben oder die betreffenden Forschungen gemacht haben, anzuführen vergisst, obgleich er seine Darstellung offenbar aus ihren Werken entnahm. Gewiss führt er die betreffenden Arbeiten im Literaturverzeichnis jedes Mal an; aber es könnte doch leicht falsch aufgefasst werden, dass er z. B. bei grossen Abschnitten, wie bei der Lehre von der Phonasthenie, den Namen desjenigen Autors, der am meisten zu dem Ausbau dieser Lehre beigetragen hat, in seiner Darstellung unerwähnt lässt und nur in der Literatur die Hinweise auf ihn giebt (Th. S. Flatau). Diese und andere kleine Mängel (z. B. die akustisch nicht ganz einwandsfreie Darstellung der Resonanzerscheinungen im Ansatzrohr, die etwas zu cursorisch auf wenige Seiten beschränkte Darstellung der acustischen Theorien der Sprachlaute u. s. w.) sollte der Verf. in einer zweiten Ausgabe ausgleichen und so sein trotz dieser Ausstellungen schönes und vor allen Dingen recht nützliches Buch zu vervollkommnen suchen.

Nützlich nenne ich Ernst Barth's Buch, weil allen Laryngologen, die sich ernstlich befleissigen, an ihrer Weiterbildung zu arbeiten, die Grundlagen ihrer Wissenschaft zu vertiefen, ihren Blick zu erweitern und nicht nur an den localen Veränderungen, die so oft zu fehlerhaften oder mindestens überflüssigen Eingriffen reizen, hängen zu bleiben, hier die Gelegenheit dazu geboten ist. Functionelle Prüfung und functionelle Diagnostik, die von Ernst Barth mit Recht betont werden, finden sie hier dargestellt und in den ausführlichen Literaturangaben die Quellen für genaueres Studium. Ernst Barth's Buch ist demnach als Nachschlagewerk für den Laryngologen ein nothwendiges Requisit, es ist ein ihm überaus nützliches Buch, dem ich im Interesse der Laryngologen und der Laryngologie selbst eine möglichst grosse Verbreitung aufrichtig wünsche.

H. Gutzmann.

b) Bosviel. Des Préjugés en Oto-Rhino-Laryngologie. Avec Préface du Docteur de Grandmaison. Maloine, Editeur. Paris 1911.

In diesem kleinen, leicht verständlich geschriebenen Buch hat der Verf. eine Anzahl im Publicum verbreiteter falscher Vorstellungen zusammengefasst, durch die — oft nicht wieder gut zu machende — diagnostische Irrthümer veranlasst werden können. Diese Vorurtheile, wie er sie mit Recht nennt, sind mehr oder minder gefährlich.

So bekämpft Verf. die in Laienkreisen verbreitete Auffassung, dass Ohrenfluss für die Gesundheit zuträglich sei, da auf diese Weise die schlechten Säfte den Körper verlassen, und dass man ihm nicht Einhalt thun dürfe, um zu verhüten, dass diese schlechten Säfte wo anders hingelangen.

Er nimmt ferner die Sänger vor, die so oft die elementarsten die Stimme betreffenden Dinge nicht kennen, und wendet sich gegen die unter ihnen herrschende Idee, dass die Abtragung der Mandeln den Verlust einer Stimme zur Folge haben könne, die von ihnen meist schlecht gebraucht und daher übermässig angestrengt wird.

Mit viel Schärfe und Humor bekämpft der Verf. die Vorstellung, dass der Schnupfen ein aus dem Gehirn kommender Katarrh sei, dass er den Kopf frei mache, Migräne etc. verhüte. Er zeigt ferner, dass es nicht wahr ist, dass „das Ausreissen der Nasenpolypen zum Wahnsinn führt“, dass „Einträufeln von Milch in das Ohr der Säuglinge das Durchtreten der Zähne erleichtert“ u. s. w.

Alle diese Kapitel sind voller scharfer Kritik und setzen jene — oft von den Aerzten selbst verbreiteten — falschen Auffassungen in das gebührende Licht.

E. J. Moure.

---

c) Trautmann (München). **Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen (mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis).** 2. Aufl. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1911.

Die kleine im Jahre 1903 unter dem Titel: Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhe und oberen Luftwege, mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Theilerscheinungen, erschienene Monographie stellt sich in der 2. Auflage als ein stattliches Buch vor, das in einer wohl lückenlosen Form alle bei Dermatosen vorkommenden Miterkrankungen der Schleimhaut des Mundes und der oberen Luftwege zur Darstellung bringt, unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose. Bei dem wachsenden Interesse, welches in neuerer Zeit auch von den Dermatologen den Schleimhauterkrankungen bei den Dermatosen entgegengebracht wird, werden mit den Laryngologen auch diese ein solches Buch mit Freuden begrüssen. Da die Literaturangaben jedem Kapitel angefügt sind, erscheint das Buch auch zum Nachschlagen bei diesbezüglichen wissenschaftlichen Arbeiten von höchstem Werthe. Es wäre zu wünschen, dass auch die practischen Aerzte sich mit dem Studium dieses werthvollen Buches beschäftigen möchten. Diese würden vielleicht für eine eingehendere Berücksichtigung der Medicinalintoxicationen besonders dankbar sein. In einer weiteren Auflage kommt vielleicht auch die Therapie zu ihrem Rechte, um das Buch noch werthvoller zu gestalten.

Seifert (Würzburg).

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 16. Juni 1911.

Hölscher zeigt: 1. einen Patienten, dem er wegen Carcinoms eine Totalexstirpation des Kehlkopfs mit Oesophagusresection gemacht hat. Patient befindet sich wohl.

2. eine Patientin, die er wegen Struma retropharyngealis mit Erfolg operirt hat.

3. ein durch Operation gewonnenes Präparat von Struma retrosternalis, die eine hochgradige schlitzförmige Verengerung der Trachea verursacht hatte.

Lennhoff demonstrirt einen Fall von Carcinom der Tonsille, der von aussen operirt worden ist.

Schwarz stellt einen Patienten mit Carcinom der Nasenhöhle vor.

Finder glaubt an die Möglichkeit von Lues resp. wenn es ein Tumor ist, hält er ihn für einen solchen des Oberkiefers.

A. Meyer, Grabower, Scheier und Sturmann halten den Tumor nach dem mikroskopischen Bilde für ein Carcinom.

Sturmann: Ueber Saugbehandlung.

St. benutzt zum Saugen einen billigen und einfachen Apparat: Eine Glaspumpe wird mit kurzem Schlauchstück am Wasserleitungsrohr befestigt, ein über das Saugrohr geschobener Schlauch führt zu einer Standflasche und von dieser ein Schlauch zu einer Glasolive. Die Standflasche hat den Zweck der Reinigung von Ansatz und Schlauch.

Ein negatives Saugergebniss beweist nichts gegen ein Empyem. Die Saugbehandlung ist besonders werthvoll bei acuten Nebenhöhlenerkrankungen.

Durch dauerndes Absaugen des Bluts mittelst Wasserstrahlpumpe kann man unter vollkommener Blutleere operiren; durch diese Art des Saugens kann man auch eine vorzügliche Reinigung der Nase und der Nebenhöhlen erzielen.

Schötz ist mit dem Muck'schen Saugapparat immer erfolgreich gewesen.

Claus benutzt zum Saugen ein grosses Wasserstrahlgebläse.

Echtermeyer benutzt eine Dreiweghahnspritze.

A. Rosenberg: Ein diagnostisches Hülfsmittel, insbesondere zur Erkennung oberflächlicher Schleimhautdefecte.

Berieselung der verdächtigen Stelle mit Fluorescinlösung, die im positiven Falle sie gelbgrünlich färbt. (Wird anderweitig ausführlich publicirt.)

Sturmann glaubt, dass das Fluorescin leicht ätzend wirkt und ähnlich wie Chromsäure einen gefärbten Eiweissniederschlag macht.

Heymann hält die Anwendung von Chromsäurelösungen im Kehlkopf für nicht harmlos.

Rosenberg würde sie dazu ebenfalls nicht verwenden und glaubt auf Grund anderer Beobachtungen und Erfahrungen nicht an eine ätzende Wirkung des Fluorescin.

Sitzung vom 13. Oktober 1911.

Gräffner zeigt einen Fall von Naevus angiomatosus der Wange und des Gaumens,

Hölscher einen Patienten mit Carcinom der Zunge, das mit Suprarenininjectionen behandelt worden ist. Es wurden 25 Stücke bis zu Walnussgrösse mit der Schlinge vom Tumor abgetragen. Die Beschwerden sind erheblich gebessert, das Körpergewicht hat um 6,5 kg zugenommen.

Schötz hat in einem Fall von Carcinom des Mundbodens und Unterkiefers nach den Einspritzungen eine Vereiterung des Tumors beobachtet.

Gräffner hatte einen günstigen palliativen Erfolg in einem Fall von Zungen- und Mastdarmcarcinom bei einmaliger Injection.

Rosenberg beobachtete störende Reactionserscheinungen.

Hölscher hat eine örtliche Reaction gesehen; er macht die Injectionen immer möglichst tief.

Hölscher stellt dann 2 Fälle von Totalexstirpation wegen Pharynxcarcinom vor und einen Patienten, bei dem er einen hypoglottischen Tumor (Fibrom) durch Kehlkopfspaltung entfernt hat.

Halle zeigt einen Patienten, bei dem die Diagnose zwischen Periostitis und Osteosarkom an der Nase schwankte, wo er, da er letzteres annahm, die Rouge-Loewe'sche Operation vornahm. Es fand sich beiderseitig am Rande der Apertura pyriformis eine ostitische Eiterhöhle. Es resultirte eine Verengerung der Naseneingänge, die auf einer Seite jetzt durch eine Operation beseitigt worden ist und auf der anderen ebenso beseitigt werden soll.

Finder: Um eine so eingreifende Operation zu machen, muss man der Diagnose: maligner Tumor! ganz sicher sein.

Loewenheim empfiehlt zur Beseitigung der Narbenstenose am Naseneingang die Elektrolyse.

Halle: Eine Punction war in diesem Falle unmöglich, die Röntgen- und zahnärztliche Untersuchung hatte in Bezug auf eine von den Zähnen ausgehende Periostitis ein negatives Resultat ergeben, so dass man an einen malignen Tumor denken musste. Die Elektrolyse hatte nur eine vorübergehende Besserung der Stenose erzielt.

Lennhoff stellt einen Fall von primärer Nasentuberculose vor, die sich an der linken unteren Muschel tumorartig localisirt hatte und am Septum ein Ulcus zeigte.

A. Meyer: Die primäre Nasentuberculose ist nichts Seltenes und geht immer dem Lupus der Gesichtshaut voraus.

Killian: Lupus in der Nase kommt sehr oft vor und ist sehr oft der Vorläufer des Lupus der äusseren Nase; es handelt sich meist um Impftuberculose. Eine rasch verlaufende Tuberculose im Innern der Nase ist sehr selten.

Schötz hält die Nasentuberculose gewöhnlich für eine Impftuberculose.

Lennhoff spricht nicht von Lupus, sondern von der infiltrativen Form der Nasentuberculose, die hier nicht auf eine Impf- sondern auf eine Inhalationsinfection zurückzuführen ist. A. Rosenberg.

---

e) Section of Laryngology. Royal Society of Medicine London.

Sitzung vom 3. März 1911.

Vorsitzender: P. Watson Williams.

J. Hobday (Fellow of the Royal College of Veterinary Surgeons) demonstrirt Pferdekehlköpfe und berichtet über Fälle, welche die Resultate der Ventrikelausschälung („ventricle stripping") bei der als „Kehlkopfpfeifen" oder „Rohren" der Pferde bekannten Krankheit erläutern. Er zeigt auch die von ihm für diese Operation angegebenen Instrumente. In 98 pCt. der Fälle beruht die Affection auf einer völligen oder partiellen Lähmung des linken Stimmbandes; gelegentlich sind auch beide Stimmbänder unbeweglich, bei keinem der von ihm operirten 257 Pferde jedoch war das rechte Stimmband allein gelähmt. Die Muskeln auf der gelähmten Seite sind oft derartig atrophirt, dass kaum eine Spur von Muskelgewebe wahrnehmbar ist. Nerventransplantation, Massage, Elektricität, Excision des Stimmbandes, Arytänoidectomie, Zurücknähen des Stimmbandes — Alles ist erfolglos geblieben. In allen operirten Fällen ist Granulationsgewebe im Kehlkopf gewachsen oder die Kehlkopfwand ist eingesunken und nach kurzer Zeit war das „Rohren" so stark wie vorher.

Die von H. empfohlene Operation besteht darin, dass die Schleimhaut aus der Tasche oder dem Ventrikel hinter dem Stimmband völlig ausgeschält wird. Die beiden Wundflächen adhäriren und obliteriren die Tasche; das gelähmte Stimmband, das die eine Begrenzung des Ventrikels bildete, wird retrahirt und durch Narbengewebe der Seitenwand des Kehlkopfs fast adhärent. Das unbewegliche Stimmband wirkt nicht länger als ein Fremdkörper im Kehlkopf, das Pferd kann frei athmen, auch wenn es heftigen Bewegungen unterworfen wird. Die operirten Pferde waren Renn-, Jagd-, Wagen- und Lastpferde und Ponies, bei denen die Affection selten ist.

Die Idee zu der Operation ist von Günther, Professor an der Thierarzneischule in Hannover, angeregt worden, aber die Resultate waren — wahrscheinlich wegen fehlerhafter Technik — schlecht. Im Jahre 1906 nahm Prof. Williams in Cornell die Idee wieder auf und operirte 2 Pferde. Seitdem hat Redner die Operation an über 250 Pferden ausgeführt. Er schält gewöhnlich beide Ventrikel in derselben Sitzung aus, um das Lumen so weit wie möglich zu machen. Die Operation wird in Chloroformnarkose mit Benutzung von Cocain und Suprarenin gemacht. Der Kehlkopf wird durch die Membrana crico-thyreoidea eröffnet.

Watson Williams stellt eine 40jährige Frau vor, bei der die linke Kehlkopfhälfte im November 1910 wegen Carcinom entfernt wurde. Die Tracheotomietube wurde entfernt, sobald Pat. sich von der Narkose erholt hatte; die Tracheotomie hatte wegen drohender Erstickung vor der Exstirpation gemacht werden müssen. Resultat ausgezeichnet.

Tilley; 1. Stück eines Kaninchenknochens aus dem rechten Bronchus entfernt, wo es drei Jahre lang gesessen hatte.

Der 46jährige Patient hatte ausgesprochene Bronchiectasie. Bei der Entfernung schlüpfte der Fremdkörper aus der Zange und fiel in den linken Bronchus, aus dem er dann extrahirt wurde. Die Röntgenstrahlen hatten keine Spur von der Anwesenheit des Fremdkörpers ergeben.

2. Zahn aus dem rechten Antrum entfernt.

Der Zahn fand sich lose in der Höhle liegend, als diese wegen Empyems eröffnet wurde.

Mackenzie: Frau mit 3 Jahre andauerndem Antrumempyem. Thränensackeiterung.

Es hatte Husten und Bronchitis bestanden. Die Operation war nur intranasal. Seit derselben bestand Epiphora mit gelegentlicher Absonderung von Eiter aus dem Thränenpunkt, was dem Patienten grosse Unbequemlichkeit verursacht. Verletzung des Ductus naso-lacrymalis ist ungewöhnlich, Infection des Ductus ist aber noch ungewöhnlicher wegen der geschützten Lage der Mündung und weil die Flüssigkeit im Ductus eine entgegengesetzte Richtung von oben nach unten hat.

Davis meint, es handele sich um eine septische Infection des Thränensackes. Dieser sollte durch einen Ophthalmologen excidirt werden. Catheterismus und Ausspülungen des Ductus allein helfen in solchen Fällen nichts.

Tilley glaubt, dass der Ductus nur temporär verschlossen sei und dass der Zustand von selbst zurückgehen werde.

Mackenzie: Narbenverschluss des Nasenrachens bei einem 27 Jahre alten Mann infolge hereditärer Syphilis.

Durch das Narbengewebe führte eine kleine Oeffnung in die Nase. Beim Versuch, diese durch einen Laminariastift zu dilatiren, brach dieser nach mehrstündigem Verweilen kurz ab und ein Theil blieb zurück. Es entstand eine Ulceration, die schnell sich ausbreitete, bis grosse Gaben Jodkali sie zur Heilung brachten. 5 Monate später wurde in Narkose die Nase untersucht und der Fremdkörper, von dessen Anwesenheit M. nichts wusste, entdeckt und entfernt. Der einzige Erfolg, den Pat. mit der Anwendung des Laminariastiftes erzielt hatte, war, dass er jetzt die Nase gut ausschnauben konnte.

Lack: Frau mit Lupus erythematodes der Wangenschleimhaut und Lippen.

Jede Art der Behandlung hat sich als erfolglos erwiesen.

Hastings demonstrirt einen neuen Bohrer zur Eröffnung der Highmorshöhle von der Nase aus.

Sitzung vom 7. April 1911.

Vorsitzender: Watson Williams.

Tilley: Demonstration einer gestielten Geschwulst der verlängerten Uvula.

Die Geschwulst — ein Fibrom — wurde bei einem 30jährigen Mann entfernt, der angab, dass er sie so lange, wie er denken kann, an der Uvula hatte; sie

machte aber erst in den letzten drei Monaten Erscheinungen, bestehend in Reizung und Husten. Die Geschwulst sass an der Spitze der Uvula und war erbsengross.

Jobson Horne hält den Tumor für ein Papillom.

Watson Williams glaubt, dass, während früher die Uvulotomie ein allzu häufiges Verfahren gewesen sei, man heute in das Extrem verfalle, indem man überhaupt nicht glaube, dass eine verlängerte Uvula Beschwerden machen könne.

Hill: 8jähriges Mädchen; Tracheo-Laryngostomie wegen Stenose nach Tracheo-Laryngotomie.

Vor 5 Jahren wurde wegen Diphtherie die Tracheotomia superior gemacht; Tracheotomiecanüle resp. Intubationstube wurde seitdem getragen. Vor 6 Wochen wurde die Tracheo-Laryngostomie gemacht und die Oeffnung durch Gummieinlagen offen gehalten.

Tilley und St. Clair Thomson meinen, die Operation sei auf dem Continent bereits in Misscredit gefallen. Die Resultate liessen sehr zu wünschen übrig. Von 37 Fällen seien 6 gestorben, was einer Mortalität von 16,3 pCt. entspricht. Günstige Resultate seien nur in 14 Fällen erzielt worden.

Hill: 1. Permanentes Mund-Speiseröhren-Magenrohr, 13 Wochen in situ.

Das Rohr ist wegen Dysphagie in einem Fall von ausgedehntem Pharynx-Oesophaguscarcinom eingesetzt worden. Nach den ersten paar Tagen konnte Pat. feste Speisen durch das Rohr zu sich nehmen.

2. Fall von functioneller Aphonie bei einem 15 Jahre alten Knaben.

Es bestand etwas Injection der Stimmlippen, und es war die Frage, ob diese nicht an der Aphonie Schuld habe.

Thomson: Gewisse functionelle Aphonie ist oft mit Laryngitis verbunden,

Jobson Horne demonstrirt einen vereinfachten Insufflator zur Anwendung bei Hals- und Ohrenkrankheiten.

Er hat Glasansätze von verschiedener Länge, Form, Krümmung und Caliber. Das proximale Ende des Rohres ist an der Innenfläche rauh. Es kann eine exacte Dosirung erzielt werden, und der Apparat kann vom Patienten selbst benutzt werden.

Thomson demonstrirt einen 23jährigen Mann mit vollständiger Stenose des Larynx in Folge Epitheliom (?).

Pat. ist ein invalider Soldat aus Indien. Er war im Jahre 1909 operirt worden, und die Untersuchung hatte Carcinom ergeben. Der Verlauf der Krankheit spricht für Chorditis.

Sitzung vom 2. Juni 1911, gehalten in Bristol.

Vorsitzender: Watson Williams.

Hill: Methode der Oesophago-Gastroskopie von Henschel wird an einem Patienten demonstrirt.

Finzi: Oesophagoskopie eines malignen Tumors und Radiumapplication.

Watson Williams demonstrirt Fälle von Carcinom des Larynx und Oesophagus und 6 Patienten, die die Erfolge der Watson Williams'schen osteoplastischen Radicaloperation der Stirnhöhle illustriren.

Tilley: 1. Bericht über einen Fall von Osteomyelitis 9 Monate nach radicaler Stirnhöhlenoperation.

2. Skiagramme von Fremdkörpern in den Bronchien.

3. Serien von Fremdkörpern, durch directe Bronchoskopie und Oesophagoskopie entfernt.

St. Clair Thomson liest ein Referat über die Beziehungen der Nasen- und Nebenhöhlenerkrankungen zu Affectionen des Auges und der Orbita.

Redner setzt die Wege auseinander, auf denen die Krankheit von der Nase und Orbita aus durch directe Ausbreitung, durch Obstruction und Infection der Thränenwege entsteht, ferner die Entstehung der Orbitalphlegmone, der Periostitis und retrobulbären Phlegmone, ferner das Uebergreifen maligner Nebenhöhlenerkrankungen auf die Orbita.

Er bespricht dann die Reflexwirkungen und die nasalen Ursachen der chronischen Blepharitis, der Asthenopie, der Gesichtsfeldeinschränkung, der Skotome, Ptosis, optische Neuritis, Glaucom und Thrombose des Sinus cavernosus.

An der Discussion beteiligen sich Semon, Watson Williams, Tilley, Davis, Hill.

H. J. Davis.

XIV. Congress der Società Italiana di Laryngologia, Otologia e Rinologia.

Rom, den 26.—28. October 1911.

Vorsitzender: C. Poli.

Sitzung vom 26. October.

In seiner Begrüssungsansprache erinnert der Vorsitzende an die Verstorbenen des Jahres, an Cozzolino, Ostino und Francesco di Colo. Er spricht ferner den Wunsch aus, dass die Theilnahme an den oto-rhino-laryngologischen Unterrichtscursen endlich zu einer obligatorischen gemacht werde.

G. Piolti (Turin): Ueber einige syphilitische Erscheinungen im Bereich der Oto-Laryngologie, die mit Salvarsan behandelt wurden.

Verf. hat 7 Fälle behandelt — einen mit Secundärerscheinungen im Pharynx, drei mit ulcerirten Gummata des Gaumensegels, einen mit Infiltration und Stenose im Kehlkopf, zwei mit hereditärer Erkrankung des Ohres — und hat in allen Fällen die schnelle und erfolgreiche Wirkung der in wöchentlichen Abständen dreimal wiederholten intramusculären Salvarsaninjectionen constatiren können.

Mancioli (Rom): Das „606“ in der Oto-Laryngologie.

Redner hat das Mittel mit Erfolg in 30 Fällen angewandt. In sehr wenigen Fällen hatte er nach 2—3 Monaten Recidive; besonders bemerkenswerth ist ein geheilter Fall von chronischer Fronto-Maxillarsinusitis.

C. Canestro (Genua): „606" bei der Syphilis der Mundhöhle.

Redner hat 6 Fälle mit intramusculären Injectionen erfolgreich behandelt. Keine ungünstigen Nebenwirkungen auf Gehör oder Sehorgan. In einem Fall verschwanden die Erscheinungen erst nach einer Jod-Hgcur. Die Wassermann'sche Reaction wurde durch die Cur wenig beeinflusst.

Discussion: Tommasi berichtet über einen Fall, in dem 20 Tage nach der Injection Ohrensausen, beiderseits Herabsetzung des Hörvermögens und leichter Schwindel zu constatiren war. Der Schwindel ging nach einer Jod-Hgcur innerhalb eines Monats vorüber, es blieb aber die Herabsetzung des Gehörs bestehen. In Fällen von bestehenden Ohraffectionen widerräth T. das Salvarsan.

Bilancioni: Unter 20 an der Römischen Ohrenklinik behandelten Fällen waren keinmal neurotrope Erscheinungen (Buschke) zu constatiren. Das Mittel wirkt besonders schnell bei Secundärerscheinungen, obwohl in 5 Fällen nach 2 bis 3 Monaten Recidive auftraten. Er räth, in solchen Fällen, Salvarsanbehandlung mit Jod-Hg zu verbinden.

Mazzocchi: In einem Fall trat 20 Tage nach einer endovenösen Injection Lähmung des Facialis und Acusticus auf; erstere verschwand in der Folge, letztere blieb bestehen.

Ferreri bemerkt, dass, während bei den Secundärformen das Salvarsan in maximalen Dosen angebracht sei, es sich bei den tertiären Formen empfehle, es in refracta dosi zu wiederholten Malen anzuwenden.

Caldera (Turin): Ueber die Bakteriämie in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Aus einer Reihe von Untersuchungen kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass unter normalen Bedingungen, d. h. wennn keine Erscheinungen einer allgemeinen pyämischen Reaction bestehen, bei Halsaffectionen keine begleitende Bakteriämie vorhanden ist, dagegen findet sich einfache Bakteriämie leicht bei Ohrkrankheiten.

L. Castellani (Mailand): Die oto-rhino-laryngologischen Untersuchungen in den Mailänder Elementarschulen in den Jahren 1910 bis 1911.

Bisher beschränkt sich die Untersuchung auf die Schüler der ersten Elementarklasse; sie wird nach den vom Schularzt aufgestellten Indicationen vorgenommen. Auch diese noch unvollkommenen Untersuchungen haben dem Verf. bereits erlaubt, wichtige statistische Erhebungen über die Häufigkeit der Hals- und Nasenkrankheiten bei den Schulkindern festzustellen.

Ferreri beantragt, die Gesellschaft solle einen Beschluss fassen, dahin gehend, dass die grösseren Communen veranlasst werden, Specialschulärzte anzustellen.

Mancioli bittet um Auskunft darüber, wie die Untersuchungen angestellt wurden.

Masini möchte dem Specialarzt nur die Behandlung übertragen wissen, während die Untersuchung der Schularzt besorgen solle. Er weist auf die schulärztliche Organisation in Genua hin.

D'Ajutolo erinnert an einen von ihm gemachten Vorschlag, der dahin geht, einen Schulrath zur Untersuchung der einzelnen Schüler auf Basis eines vom Hausarzt ausgestellten Certificats einzusetzen. Jeder Schüler soll ein Buch bekommen, in dem seine hereditären Verhältnisse und Angaben über seine Gesundheitsverhältnisse eingetragen werden.

De Rossi erinnert an eine im Jahre 1907 angestellte statistische Untersuchung über die Schüler von Sampierdarena, wobei sich circa 40 pCt. Schwerhörige fanden.

Della Vedova exemplicirt auf die Verhältnisse in Mailand. Die Stadt verfügt über Schulärzte zur Untersuchung der Schüler und zur hygienischen Unterweisung der Lehrer. Die Behandlung wird den verschiedenen Polikliniken der Stadt überlassen.

Cardinali hält vor allem die Einrichtung hygienischer Curse für die Lehrer für nothwendig.

Das Ergebniss der Discussion ist, dass folgende Tagesordnung beschlossen wird:

„Die Società Italiana di Laryngologia, Otologia e Rinologia beschliesst, die Gemeindeverwaltungen mögen Vorkehrungen treffen, dass seitens der Schulärzte und der Lehrkräfte eine wirksame Prophylaxe der Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses geschaffen wird."

G. D'Ajutolo (Bologna): Ueber einige Neubildungen an der äusseren Nase.

1. Zwei Knaben von 16 resp. 18 Monaten mit angeborenem Fibrom der Nasenwurzel; einer von ihnen wurde operirt und geheilt.

2. Seröse Cyste auf der rechten Seitenfläche der Nase bei einer 60 jährigen Frau.

3. 13 Tage altes Mädchen mit einem angeborenen häutigen Anhang am Nasenloch, der die Nase verlegt. Redner erklärt es durch Hemmungsbildung entsprechend der medianen Nasenspalte des Säuglings.

Gavello (Turin): Rhinophym; seine chirurgische Behandlung.

Ein nach Ollier erfolgreich mit medialer Incision auf den Tumor und zwei seitlichen halbkreisförmigen Schnitten operirter Fall. Transplantationen nach Thiersch. G. erklärt das Rhinophym als eine Entzündung der Haut mit Hypertrophie der Talgdrüsen.

Citelli (Catania) berichtet über einen Fall, in dem er mit einem dreieckigen Stirnlappen die Plastik machte. Histologisch hält er das Rhinophym für ein Fibro-Angio-Adenom.

N. Calamida (Mailand): Oedematöser Prolaps der Nasenschleimhaut bei einem Neugeborenen.

Die beiden von C. mitgetheilten Fälle betreffen Kinder von 20 und 24 Tagen, bei denen das rechte resp. linke Nasenloch verlegt war durch einen weiss-rothen, glatten, fleischigen Auswuchs, der dem vorderen Ende der unteren Muschel aufsass. In dem einen Fall wurde er excidirt, im anderen ging er durch Anwendung

adstringirender Lösungen zurück. Die histologische Untersuchug ergab, dass der Auswuchs aus jungem Bindegewebe bestand mit einer subepithelialen kleinzelligen Infiltrationszone.

Della Vedova (Mailand): Die Nebenhöhlen des Menschen, im Beginn ihrer Entwickelung und bei der Geburt.

Verf. hat neue Untersuchungen angestellt, um die embryonale Entwickelung der Nebenhöhlen zu verfolgen. Aus seinen Untersuchungen ergiebt sich, dass die Stirnhöhlen bei der Geburt fehlen oder vom Infundibulum repräsentirt sind; die Siebbeinzellen entwickeln sich vom 4. Monat an; die Keilbeinhöhlen beginnen in der 10. Woche als Vertiefung im Recessus posterior zu erscheinen; die Oberkieferhöhlen beginnen im Anfang des 3. Monates sich zu bilden, um sich mit der Geburt völlig zu gestalten.

Canestro (Genua): Die Oberkieferhöhle beim Neugeborenen.

Eine klinische und anatomisch-topographische Studie an Gefrierdurchschnitten der Schädel von 15 Neugeborenen.

Canepele, A. (Bologna): Ethmoiditis und Rhinopharyngitis.

Die Diagnose Rhinopharyngitis ist nach Verf. unvollständig oder ungenau, und die Erscheinungen, auf denen sie sich gründet, beruhen vielmehr auf dem Herabfliessen der Secrete aus den hinteren Siebbeinzellen und dem Keilbein in den Nasenrachen.

Clerc (Mailand): Ueber die sogenannten blutenden Septumpolypen.

Verf. theilt 5 Krankengeschichten mit und schlägt die Bezeichnung „gutartige gefässreiche Fibrome des Septums“ vor.

Caldera und Gaggia (Turin): Ueber Serodiagnose der Ozaena.

Verff. haben eine Serie von Untersuchungen angestellt, um zu constatiren, ob im circulierenden Blut Ozaenakranker sich Antikörper befinden, die mit der Complementfixationsmethode sich feststellen liessen. Sie bedienten sich dabei als Antigens eines Extracts der Ozaenaborken. In keinem Falle haben sie eine positive Reaction erhalten; sie bestreiten daher, dass es bei der Ozaena im Blute specifische Antikörper gebe und dass die Ozaena eine Infectionskrankheit sei.

De Rossi schliesst sich auf Grund des negativen Ausfalles von Thierexperimenten, die er mit Culturen von bei Ozaena erhaltenen Mikroorganismen erzielte, dem Vorredner an.

D'Ajutolo (Bologna): Ueber mehrfache Zähne tragende Cysten des Oberkiefers.

Tumor des Oberkiefers bei einem 22jährigen Manne; nach der Operation schnelles Recidiv. Die Untersuchung ergab die Anwesenheit zahlreicher kleiner Zähne innerhalb der Cyste, deren Ursprung augenscheinlich als eine Entwickelungshemmung zu betrachten ist.

De Carli (Rom): Drei Zahncysten des Oberkiefers.

In allen Fällen täuschte die Affection ein Oberkieferempyem vor, und die Diagnose vor der Operation war nur durch die radioskopische Untersuchung möglich, die die Anwesenheit von Zähnen ergab.



M. Artelli (Bologna): Behandlung des vereiterten Septumhämatoms.

Verf. schlägt in diesen Fällen vor, den Eiter mittelst der pneumatischen Pumpe zu entleeren; die Cur wird dadurch abgekürzt und nachfolgende Deformitäten vermieden.

Gradenigo (Turin) u. Stefanini (Lucca): Ueber Analyse der Vocale.

Die Verff. haben sich, um die Zusammensetzung des Tones, der einen bestimmten Vocal charakterisirt, zu bestimmen, einer auf Resonanzkästen montirten Stimmgabelreihe bedient. Sie haben so feststellen können, dass Zahl und Qualität der Töne, die zur Bildung eines Vocals beitragen, sich erheblich mit dem Grundcharakter der Stimme ändern. Sie sind zahlreicher für Bass- und Baritonstimmen, als für höhere Stimmen. Verff. haben die Theorie unhaltbar gefunden, dass für die einzelnen Vocale feststehende charakteristische Noten bestehen.

Citelli (Catania): Ueber die physio-pathologischen Beziehungen zwischen Hypophysensystem und den verschiedenen chronischen Affectionen des Rachendaches und der Keilbeinhöhlen.

Verf. zeigt, dass bei gewissen Erkrankungen des Rachendaches und der Keilbeinhöhlen in vielen Fällen ein psychischer Symptomencomplex vorhanden sei, der in Herabminderung oder völligem Verlust des Gedächtnisses, Aprosexie, intellectuellem Torpor, mehr oder minder ausgesprochener Somnolenz besteht, wie er sich bei Hypophysenaffectionen findet. Anatomisch-pathologische Untersuchungen werden zur Stütze dieser Ansicht angeführt.

Masini meint, dass zur Stütze von Citelli's Anschauungen noch physiopathologische Untersuchungen ausgeführt werden müssten, die bisher noch fehlten.

Citelli giebt zu, dass seine Theorie sich bisher nur auf indirecte Argumente stützt. Ein schädlicher Einfluss der Keilbeinhöhlen auf die centrale Hypophyse findet sich nicht nur bei Kindern, sondern in allen Lebensaltern. Er hat auch bei jungen Leuten die Hypophyse durch eine ganz dünne Lamelle von den Keilbeinhöhlen getrennt gefunden.

Ruffini: Innervation der Tonsillen.

Verf. unterscheidet zwei Nervengeflechte, ein perivasculäres mit weiten Maschen, feinen und gleichmässigen Fasern, ein anderes unabhängiges subcorticales, aus schwer zu entwirrenden Fasern, die selten unter sich anastomosiren, gewundenen Verlauf haben und sich dichotomisch teilen.

A. Bo und Lualdi: Nasensarkom.

Demonstration von Präparaten.

Poli (Genua): Die verschiedenen Phasen eines Nasencylindroms.

Verf. demonstrirt die Präparate eines typischen Cylindroms (Ribbert) der Nase. Der Tumor entwickelte sich bei einem 40jährigen Individuum im hinteren Theil des rechten mittleren Nasenganges. Die histologische Untersuchung erlaubt, in zweifelloser Weise den glandulären Ursprung des Tumors sicher zu stellen. Wiederholte Recidive sprechen für einen malignen Charakter, obwohl bisher — ein Jahr seit Entstehung des Tumors — die Recidive sich auf die Umgebung beschränken.

Castellani (Mailand): Histologische Varietäten der Nasenrachenendotheliome.

Verf. demonstrirt Präparate von drei Fällen, in denen zwei als Lymphangioendotheliome bezeichnet werden können, die vom Endothel der Lymphgefässe ihren Ursprung nehmen, während der dritte dem Typus des Endothelioma perivasculare oder dem Peritheliom entspricht und an der Oberfläche den Charakter des Carcinoms, im Innern den eines Endothelioms hat. Für den letzteren Tumor lässt Verf. es für ungewiss, ob es sich um eine Mischgeschwulst oder ein Uebereinanderlegen zweier verschiedener Tumoren handelt.

Citelli erwähnt einen analogen Fall.

Mancioli (Rom): Tumor der Plica glosso-epiglottica.

60jähriger Mann, leidet seit ca. einem Jahr an Phonations-, Schluck- und Athembeschwerden. Laryngoskopische und digitale Untersuchung ergiebt einen harten, elastischen, runden, glatten Tumor, der auf der linken Plica glosso-epiglottica inserirt, wahrscheinlich ein Fibrom.

Cagnola (Mailand): Rhinodilatator, speciell zur submucösen Resection.

Verf. demonstrirt einen Apparat, der dazu bestimmt ist, durch seinen Automatismus die submucöse Resection zu erleichtern.

Poli: Pincette zur Eröffnung der peritonsillären Abscesse nach Killian.

Das Instrument ist nach dem Typus des Ruault'schen Hakens construirt.

(Schluss folgt.) Calamida.

III. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

II. Bericht (28. Januar 1912).

Zur Uebernahme der Organisation in ihren Heimathländern haben sich bereit erklärt:

1. Dr. Emil Mayer für die Vereinigten Staaten von Nordamerika.
2. Prof. v. Eicken (Giessen) für das Grossherzogthum Hessen.
3. Dr. Carl Zarniko für die freie Stadt Hamburg.
4. Dr. Suckstorff für die Provinz Hannover.
5. San.-Rath Dr. F. W. Hansberg (Dortmund) für die Provinz Westfalen.
6. Dr. Kessner (Potsdam) für den Regierungsbezirk Potsdam.

Mit zahlreichen anderen Herren sind Verhandlungen eingeleitet, die in nächster Zeit zum Abschluss gelangen dürften.

Am 17. Januar d. J. wurden die ersten Informationen an die Herren Organisatoren abgesandt. Weitere Informationen werden denselben Anfang Februar zugehen.

Die Stadt Wilmersdorf hat dem Berliner Localcomité die Erlaubniss ertheilt, sämmtliche Gemeindeschüler und -Schülerinnen (ca. 10 000) untersuchen zu dürfen.

Was den Modus der Schuluntersuchungen anbetrifft, so hat es sich als zweckmässig erwiesen, ein **Zählformular** herzustellen. Wir drucken hier einen Entwurf desselben ab und stellen ihn zur Discussion. Etwaige Einwendungen gegen denselben, Verbesserungsvorschläge oder dergleichen erbitten wir bis spätestens zum 20. Februar d. J.

Datum der Untersuchung.

Ort: Director:
Schule: Classe:
Strasse: Ordinarius:

	Name	Wohnung	Geburtsort	Religion	Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr	Ozaena	Ozaena-verdacht
1	....	....	....	.....	....	....	....
2	....	....	....	.....	....	....	....
3	....	....	....	.....	....	....	....
4	....	....	....	.....	....	....	....
5	....	....	....	.....	....	....	....
usw.							
bis							
60	....	....	....	.....	....	....	....

Name }
Wohnung } des untersuchenden Arztes.

Der Ordinarius einer jeden Schulclasse erhält dies Formular wenige Tage vor der Ausführung der Schuluntersuchung zugestellt und hat es ausgefüllt dem untersuchenden Arzte vor Beginn der Untersuchungen einzuhändigen. Der untersuchende Arzt ruft an der Hand des Formulars die einzelnen Schüler auf, untersucht dieselben, trägt in das Formular ein, ob sie eine Ozaena haben oder ozaenaverdächtig sind und unterzeichnet das Formular mit seinem Namen und der Angabe seiner Wohnung.

Als „ozaenaverdächtig" sollen alle diejenigen Kinder angesehen werden, welche eins der folgenden fünf Symptome aufweisen: 1. Atrophie, 2. Borkenbildung, 3. Foetor, 4. Eiterung, 5. graue, zähflüssige Auflagerungen auf den Muscheln.

Die gesunden Kinder werden unmittelbar nach der Untersuchung sofort entlassen. Die Kinder mit Ozaena und Ozaenaverdacht werden zurückbehalten und an der Hand eines Fragebogens (dessen erster Entwurf in der Märznummer des Centralblatts veröffentlicht werden wird) genau untersucht. Es wird dem Schularzt von dem Befund Mittheilung gemacht und dadurch veranlasst, dass diese Kinder sich in jedem Vierteljahr wieder vorzustellen haben. Auf diese Weise ist eine dauernde Beobachtung der ozaenaverdächtigen Kinder gewährleistet.

In denjenigen Gemeinden, in denen die Institution der Schulärzte noch unbekannt ist, müssen besondere Vorkehrungen getroffen werden, um eine solche Weiterbeobachtung zu ermöglichen. Weiteres hierüber werden die Herren Organisatoren in den ihnen zugehenden Informationen später vorfinden.

Der Zweck der einzelnen Rubriken des Zählformulars ergiebt sich von selbst. Es wird nach dem Geburtsort gefragt, weil festgestellt werden soll, ob in einzelnen Orten die Ozaena häufiger vorkommt, als an anderen. Die Angabe der Religion ist erwünscht, weil die Behauptung aufgestellt worden ist, dass unter den Juden die Ozaena besonders häufig sei.

Die Grösse des Zählformulars hängt natürlich von der durchschnittlichen Anzahl der Schüler in den einzelnen Klassen ab (in Berliner Gemeindeschulen etwa 60).

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Rosenberg, Berlin W. 15, Joachimsthaler Strasse 12.

Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.

Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.



Verhandlungen des III. Internationalen Laryngologen-Rhinologencongresses.

Die Verhandlungen des Congresses werden demnächst erscheinen. Es sei daran erinnert, dass das Executivcomité des Congresses seiner Zeit beschlossen hat, allen Laryngologischen Gesellschaften je ein Exemplar der Verhandlungen kostenlos zu überlassen. Die Schriftführer derjenigen Gesellschaften, die bei der Versendung irrthümlicherweise übergangen werden sollten, werden ersucht, das ihnen zukommende Exemplar bei dem Secretair des Congresses Herrn Prof. Dr. A. Rosenberg, W. 15, Joachimsthaler Str. 12, zu reclamiren.

Französische Laryngologische Gesellschaft.

Mit einem Referat über „Den Mund als Zugangsmittel zu den Schlundgeschwülsten“ bei der Französischen Laryngologischen Gesellschaft (Mai 1912) beauftragt, bitten die Unterzeichneten, die Resultate eigener Erfahrungen in dieser Frage baldmöglichst mitzutheilen.

Mit vorzüglicher Hochachtung und Dank

Dr. Durand, aide de clinique laryngologique de la Faculté de Médecine de Nancy.
Dr. Gault, professeur suppléant d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Dijon.

Antwort zu senden: für Frankreich: an Dr. Gault, 6, boulevard Sévigné, Dijon;
für das Ausland: an Dr. Durand, 33, rue des Carmes, Nancy.

Personalnachrichten.

Dr. L. Rugani hat sich in Siena, Dr. Brunetti in Rom für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten habilitirt.

Sir Henry Butlin †.

Kurz vor Abschluss dieser Nummer erhalten wir die Nachricht, dass Sir Henry Butlin, der berühmte englische Chirurg, dessen grosse Verdienste um die Vervollkommnung der Chirurgie des Rachens und Kehlkopfs unseren Lesern bekannt sind, gestorben ist. Eine eingehende Würdigung seiner Verdienste um die Laryngologie wird in der Märznummer aus der Feder seines langjährigen Mitarbeiters und Freundes Sir Felix Semon erscheinen.

Berichtigungen.

In meinem Ozaena-Sammelreferat schrieb ich auf Seite 10: „Serologische Untersuchungen wurden zuerst vom Referenten veröffentlicht und dann in schneller Folge nachgeprüft von Sobernheim, Eisenlohr, Caldera, Arzt und Grossmann, Weinstein, Möller:“ Einer der citirten Herren Collegen, Herr Wilhelm Sobernheim, legt Werth auf die Feststellung, dass seine Untersuchungen nicht eine Nachprüfung der meinigen darstellen, sondern auf eigene Initiative ungefähr gleichzeitig mit den meinigen angestellt wurden. Ich komme dem Wunsche des Herrn Sobernheim um so lieber nach, als ich den Ausdruck „nachprüfen“ durchaus nicht so wörtlich gemeint habe, was schon daraus hervorgeht, dass sich in meiner am 7. März 1909 — in der Festschrift zu Paul Heymann's 60. Geburtstag — erschienenen Arbeit (Zeitschrift für Laryngologie etc. Bd. I, S. 673) folgender Satz vorfindet: „Unwillkürlich musste sich einem jeden die Frage aufdrängen, ob es nicht möglich wäre, mit Hülfe der Wassermann'schen Reaction zu einem Resultate zu gelangen. Diese Frage lag so nahe, dass ich überzeugt bin, dass man an vielen Stellen zur Zeit mit derartigen Untersuchungen beschäftigt ist.“

Arthur Alexander.

In No. XII vorigen Jahrgangs S. 588 muss es in dem Schlusswort von Kahler auf Zeile 3 heissen „Bronchoskopie“ anstatt „Oesophagoskopie“; Zeile 4 „meist mit Localanästhesie“ anstatt „stets mit Localanästhesie“ und Zeile 7 „entbehrlich“ anstatt „gefährlich“.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.



Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, März. 1912. No. 3.

I. Sir Henry Trentham Butlin, Baronet. †.

In den schweren Kämpfen um ihre Unabhängigkeit, welche die Laryngologie von ihrem Beginne bis zur Gegenwart zu bestehen gehabt hat, ist ihr der eine Umstand zustatten gekommen, dass gegenüber der allgemeinen Abneigung, welche die Führer des ärztlichen Standes fast allerwärts gegen ihre Selbständigkeit an den Tag gelegt haben, doch wenigstens einige unter ihnen gewesen sind, welche ein besseres Verständniss für ihre Bestrebungen gehabt und dieselben — sei es auf wissenschaftlichem, sei es auf medizinisch-politischem Gebiete, sei es auf beiden — kräftig unterstützt haben.

Es genügt, abgesehen von Türck und Czermak, die Namen von Gerhardt, v. Ziemssen, Victor und Paul v. Bruns, Rauchfuss, v. Bergmann, v. Mikulicz, Waldeyer, Sir William Mac Cormac, Sir George Johnson, Sir Victor Horsley, Sir Henry Butlin zu nennen, um diese Angabe zu erhärten.

Immer kleiner aber wird die Anzahl dieser Freunde, und jetzt ist wieder der besten und thatkräftigsten einer uns entrissen worden.

Am 24. Januar dieses Jahres starb in London nach langem schwerem Leiden im 66. Jahre seines Alters Sir Henry Trentham Butlin, Bart. Ein tragisches Geschick hat es gewollt, dass der

grosse Chirurg, dem so viele Kranke die Heilung von Kehlkopfleiden verdanken, selbst einer qualvollen Kehlkopftuberkulose erliegen musste. Schon vor vielen Jahren hatten sich Symptome linksseitiger Lungentuberkulose bei ihm gezeigt. Dieselben kamen zeitweilig zum Stillstand, doch trat compensatorisches Lungenemphysem, begleitet von stetig zunehmender Kurzathmigkeit und schweren Asthmaanfällen, an ihre Stelle. Hierzu gesellte sich noch der Umstand, dass eine chronische Schwerhörigkeit sich in den letzten Jahren seines Lebens zu fast vollständiger Taubheit steigerte.

Einen gewöhnlichen Menschen hätten diese Gebrechen schon lange, ehe sie ihren Höhepunkt erreicht hatten, zum Rücktritt von jeder öffentlichen Thätigkeit und zur Existenz eines Invaliden verurtheilt. Butlin aber kämpfte mit der ihm eigenen unbezähmbaren Energie gegen sie an und so erfolgreich, dass er noch anderthalb Jahre vor seinem Tode gleichzeitig zwei der höchsten Ehrenämter, welche der ärztliche Stand Grossbritanniens seinen Mitgliedern verleihen kann, nämlich die Präsidenturen der British Medical Association und des Royal College of Surgeons, von denen jede einzelne die Thätigkeit eines tüchtigen Mannes fast gänzlich in Anspruch nimmt, in glänzendster, vom allgemeinsten Beifall belohnter Weise auszufüllen vermochte!

Erst als unter dem Drucke der Geschäfte und der Ueberzahl der socialen Verpflichtungen, die von den genannten Stellungen untrennbar sind und denen sich der schwer Leidende niemals zu entziehen versuchte, die Zeichen des alten Lungenleidens mit erneuter Heftigkeit bemerkbar machten und als sich zu ihnen schnell zunehmende Heiserkeit, die bald in vollständige Aphonie überging, Dysphagie und gelegentlich active Dyspnoë gesellten, gab er schweren Herzens den ungleichen Kampf auf und trat, kaum 6 Monate vor seinem Tode, vom Präsidium des Royal College of Surgeons zurück, ein Schritt, der allseitig das tiefste Bedauern erweckte. So unüberwindlich aber war seine Liebe zu seiner Wissenschaft, dass, als ich ihn — kaum 4 Wochen vor dem Ende — zum letzten Male sah, gänzlich aphonisch, schwer taub, abgemagert, hektisch, erschöpft, ich ihn mit der Abfassung einer Arbeit beschäftigt fand, die eine Zusammenfassung seiner Anschauungen über den Krebs, den Lieblingsgegenstand seiner Studien während seiner ganzen wissenschaftlichen Laufbahn, darstellen sollte. Ob er dieselbe hat vollenden können, weiss ich nicht. In den letzten Wochen seines Lebens waren die Beschwerden, wie mir seine treue Gattin, die beste, tapferste Kameradin, die je ein Mann gehabt hat, mittheilte, geringer, und das Ende selbst war ein sanftes.

Henry Trentham Butlin war zu Camborne in Cornwall im Jahre 1845 als Sohn eines Predigers geboren. Er genoss seine ärztliche Ausbildung am St. Bartholomew's Hospital in London und wünschte von Anfang

an. wie er mir persönlich erzählt hat, sich der chirurgischen Laufbahn zu widmen. Er empfing aber so wenig Ermuthigung von den älteren Collegen, die er in dieser Frage consultirte, dass er nach Absolvirung seiner Examina zunächst sein Heil als Landarzt versuchte. In dieser Laufbahn fühlte er sich indessen so wenig glücklich, dass er nach London zurückkehrte. zunächst eine Anstellung als Registrar am Kinderhospital in Great Ormond Street annahm. und dann im folgenden Jahre die Gelegenheit benützte, in gleicher Stellung nach seiner Alma mater, dem St. Bartholomews' Hospital, zurückzukehren.

Diese verhältnismässig untergeordnete Stellung bekleidete er von 1872—1879, wusste aber die mit ihr verbundene Gelegenheit, sich in der pathologischen Anatomie aufs Gründlichste auszubilden, dermaassen auszunützen. dass er in verhältnismässig kurzer Zeit als eine führende Autorität auf pathologischem Gebiete, namentlich auf dem der Geschwulstlehre, anerkannt wurde. Schon drei Jahre nach seiner Aufnahme in die Londoner pathologische Gesellschaft wurde er zum Mitglied des Comité's für die mikroskopische Untersuchung krankhafter Geschwülste erwählt. vom Jahre 1884—1886 fungirte er als einer der Secretäre der Gesellschaft, und im Jubiläumsjahre der Gesellschaft, 1896, bekleidete er den Ehrenposten ihres Präsidenten und hielt — frei — eine die fünfzigjährige Thätigkeit der Gesellschaft schildernde. glänzende Rede. deren Erinnerung noch heute in denen fortlebt, die das Glück gehabt haben, sie zu hören.

Inzwischen aber hatte er sich längst zu einem der hervorragendsten Chirurgen Londons emporgearbeitet, und zwar ebenso durch seine operativen Leistungen wie durch seine wissenschaftlichen Beiträge zu den verschiedensten Zweigen der Chirurgie. Im Jahre 1880 war er zum Assistant Surgeon seines Hospitals ernannt worden, zwölf Jahre später erfolgte seine Beförderung zum vollen Chirurgen, 1896 wurde er zu einem der Professoren (Joint Lecturer) der Chirurgie an seinem Hospital ernannt, sah sich aber schon sechs Jahre später in Folge von Ueberhäufung mit Privatpraxis gezwungen, seine Hospital- und Lehrthätigkeit noch vor Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze aufzugeben.

Er war mittlerweile einer der gesuchtesten Chirurgen Englands geworden. Seine wissenschaftliche und literarische Beschäftigung mit den bösartigen Neubildungen, seine pathologischen und chirurgischen Arbeiten und Vorträge über dieselben, hatten ihn zur grössten praktisch thätigen Autorität in diesen Dingen gemacht (wissenschaftlich wurde nur Mr. Shattock als ihm gleichstehend erachtet), und namentlich was die Krebse der Zunge, des Kehlkopfs und der Mamma anbelangt, war er einer der Vertrauensmänner des ärztlichen Standes, ebenso wie einer der Lieblingsconsulenten des Publicums.

Es ist hier nicht der Ort, auf seine weitere wissenschaftliche und medizinisch-politische Allgemeinthätigkeit einzugehen. In beiden Beziehungen erstieg er nach und nach alle möglichen Stufen, errang er sich die höchsten Ehrenstellungen, welche der ärztliche Stand seinen würdigsten Mitgliedern zu verleihen vermag. Die Unbestechlichkeit seines Urtheils, die Klarheit und Kühle seiner Anschauungen, seine glänzende Rednergabe, die Gründlichkeit, mit der er alle übernommenen Verpflichtungen erfüllte, sein warmes Herz für die socialen Interessen seines Standes — alles vereinigte sich dazu, ihm das hingebendste Vertrauen seiner Collegen zu erwerben. Es ist bereits erwähnt worden, dass er als Präsident der Pathologischen Gesellschaft, der British Medical Association, des Royal College of Surgeons fungirt hat. Aber ausserdem war er zu einer oder der andern Zeit Präsident der laryngologischen und der chirurgischen Sectionen der British Medical Association, Präsident der Laryngological Society of London, Vicepräsident der Royal Medical and Chirurgical Society, Decan der medicinischen Fakultät der Universität London, Ehrendoctor der Universitäten Durham und Birmingham, correspondirendes Mitglied der Berliner laryngologischen Gesellschaft und Membre Associé de la Société de Chirurgie de Paris u. s. w. Nur wenige Monate vor seinem Tode wurde er bei Gelegenheit der Krönung des Königs von England in den britischen Freiherrnstand erhoben, eine Ehrung, die den allseitigsten und wärmsten Beifall der Aerzte Grossbritanniens fand, und wenige Wochen vorher wurde ihm von seinen ärztlichen Freunden ein überaus zahlreich besuchtes Bankett gegeben, das die Liebe, deren er sich unter seinen Collegen erfreute, zum wärmsten Ausdruck brachte.

Schon aus der vorstehenden, nothgedrungen kurzen Skizze geht hervor, dass Butlin nichts weniger als ein Specialist war. Im Gegentheil hat er sich auf den verschiedensten Gebieten gleich ruhmvoll bethätigt, wie dies in allen ihm gewidmeten Nachrufen ehrend anerkannt wird.

Dabei ist er aber bis zu seinem Lebensende ein treuer und erfolgreicher Förderer der Laryngologie gewesen.

Wie er zur Laryngologie gekommen, ist eine gar merkwürdige Sache. Im ersten Bande dieses Centralblatts schilderte ich[1]) die derzeit (1885) wenig erfreuliche Stellung der Laryngologie in Grossbritannien und Irland und sagte bei der Besprechung der Lehrthätigkeit in diesem Fache u. a. folgendes:

„Sind auch in den meisten Hospitälern, die gleichzeitig als medicinische Schulen dienen, gesonderte Abtheilungen für Ohren-, Haut- und Kehlkopfleiden vorhanden, so fehlt doch in dem einen die eine, in anderen

1) Dieses Centralblatt. Bd. I. S. 189.

die andere dieser Abtheilungen; ferner sind in einem Hospital Specialisten mit der Leitung der betreffenden Departements betraut, im anderen der eine oder andere Assistant Physician oder Surgeon. Erfolgt nun im letzteren Falle die oben geschilderte allgemeine Schiebung, so giebt oft der zeitige Inhaber des Specialdepartements bei seiner Beförderung die Leitung desselben ab und einer seiner jüngeren Collegen rückt (nach vorher stattgehabter Wahl) in die vacant gewordene Stelle ein. So wird bisweilen der Chirurg zum Leiter der Poliklinik für Ohrenkrankheiten, der junge interne Kliniker sieht sich plötzlich zum Dirigenten der Abtheilung für Hautkrankheiten befördert, der pathologische Anatom erwacht als Laryngolog."

Diese Schilderung mag wohl manchem meiner damaligen Leser (obwohl ich ausdrücklich bemerkte, dass „die angeführten Beispiele sämmtlich mit Bezug auf gegenwärtig existirende oder erst vor Kurzem passirte concrete Fälle gewählt worden seien") nahezu unglaublich erschienen sein. Butlin's Fall aber — ich hatte ihn bei dem letztgewählten Beispiel im Auge — illustrirt dermaassen die absolute Richtigkeit meiner Schilderung, dass ich nicht besser thun kann, als die Bestätigung meiner Angabe in seinen eigenen Worten zu geben.

In der charmanten Rede, die er als Vorsitzender bei dem mir gegebenen Abschiedsbankett im Jahre 1909 hielt[1]), schilderte er die Verhältnisse der laryngologischen Specialität in England, wie ich sie angetroffen hatte als ich nach London kam, genau ebenso, wie ich sie 25 Jahre früher in diesem Centralblatt beschrieben hatte, und erzählte dabei, wie er im Jahre 1880 zu seiner eigenen Anstellung als Leiter des Halsdepartements am St. Bartholomew's Hospital gekommen sei:

„Kurz nach meiner Beförderung zum Assistant Surgeon" — bis dahin war er, wie oben geschildert, pathologischer Anatom gewesen — „erfolgte eine Vacanz in diesem Departement. Bei der nächsten Sitzung des Schulcomités war es die Pflicht desselben, einen aus unserer Mitte dem Director (Treasurer) des Hospitals für diese Stellung zu empfehlen. Mr. Savory führte den Vorsitz und frug einen nach dem andern, ob er den Posten haben wolle. Jeder antwortete ablehnend, so dass Mr. Savory schliesslich sagte: Na, dann muss Butlin ihn nehmen. Er ist der Jüngste, und er muss es thun." — „Damit", fuhr Butlin in seiner Rede fort, „wurde ich Hals über Kopf in die Aufsicht über eine Specialität geschleudert, für die ich mich nicht interessirte, und es wurde von mir erwartet, dass ich Kranke behandeln sollte, deren Leiden ich nicht diagnosticiren konnte,

1) British Med. Journal. 10. Juli 1909.

und Studenten den Gebrauch eines Instruments lehren sollte, das ich selber nicht gebrauchen konnte!“ — — —

Oft genug ist es unter solchen Verhältnissen vorgekommen (wie ich in dem oben erwähnten Artikel geschildert habe), dass der Leiter des Halsdepartements, dem seine Stellung in dieser Weise aufgezwungen wurde, dieselbe nur für ein nothwendiges temporäres Uebel angesehen und seine Obliegenheiten routinemässig, so gut oder schlecht es gehen will, erledigt hat, ohne einen Augenblick daran zu denken, das sich ihm darbietende reiche Material wissenschaftlich auszunützen.

Dass Butlin eine andere Auffassung von seiner Aufgabe in die ihm aufgedrängte Stellung mitbringen würde, war für jedermann selbstverständlich, der seine Pflichttreue und Gründlichkeit kannte. Die Jahrgänge dieses Centralblatts bezeugen, wie schnell er sich in das neue Fach eingearbeitet, wie er dasselbe wissenschaftlich gefördert hat.

Ehe ich aber auf seine wissenschaftlichen laryngologischen Leistungen eingehe, muss erörtert werden, was Butlin's Eintritt in unsere Specialität für die Hebung des Ansehens der Laryngologie in England bedeutete.

Wenngleich seine laryngologischen Anfänge nicht mehr in die Zeit des allertiefsten Standes unserer Specialität in Grossbritannien fielen — denn unmittelbar vorher war es, freilich unter grossen Schwierigkeiten, gelungen, der Laryngologie zum ersten Male zur Anerkennung als selbständige Specialität bei dem damals bevorstehenden Londoner internationalen medicinischen Congresse zu verhelfen — so war ihre Stellung doch noch immer eine traurige und demüthigende. Allseitig blickte man auf sie mit spöttischer Verachtung herab, die beiden derzeit bekanntesten Laryngologen des Landes wurden allgemein mit Misstrauen betrachtet, sie selbst thaten ihr Möglichstes, um eine Verbesserung der bestehenden Zustände zu erschweren.

Unter diesen Umständen bedeutete Butlin's blosser Eintritt in die kleine Zahl der damaligen Laryngologen bei dem Ansehen, dessen er sich schon damals erfreute, einen Gewinn. Wie gross derselbe aber war, das zeigte sich erst, als der Verblichene mit demselben Eifer, mit derselben Hingebung sich der ihm aufgezwungenen Aufgabe annahm, die er in seinem ganzen Leben allem widmete, was er einmal unternommen hatte! — Bald verband ihn und seinen Jugendfreund, unseren noch jetzt in voller Kraft wirkenden verehrten Collegen Francis de Havilland Hall, eine innige Freundschaft mit mir, als wir erkannt hatten, dass wir dem gleichen Ziele zustrebten: der Laryngologie in den Augen des englischen ärztlichen Standes zu Ehren zu verhelfen. Unseren gemeinschaftlichen Bemühungen ist es zu danken, wenn in verhältnismässig kurzer Zeit die bisherige allgemeine Unpopularität der Laryngologie einer weit gerechteren Würdigung

Platz machte, und wenn sie jetzt einen ehrenvollen Platz im Kreise der Specialitäten einnimmt. Ich weiss, dass das Verdienst dieser Entwicklung vielfach mir allein zugeschrieben wird, und halte es daher um so mehr für meine Pflicht, in diesem Nachruf meinem theuren dahingeschiedenen und meinem mir in treuer Zuneigung verbundenen lebenden Freunde den ihnen gebührenden Antheil an dieser erfreulichen Wendung zu wahren. —

Wie wacker **Butlin** schon zu einer verhältnismässig frühen Periode seiner laryngologischen Thätigkeit für seine Ueberzeugung auf diesem Gebiete einzutreten wusste, das erhellt aus seiner Theilnahme an der Controverse über die Krankheit Kaiser Friedrich's III. Es soll ihm unvergessen bleiben, dass er der einzige Arzt britischer Geburt war, der im ersten Anfang des leider sofort einen nationalen Charakter annehmenden Aerztestreits gleichzeitig mit mir den Muth hatte, selbst der Autorität eines **Virchow** gegenüberzutreten, und auf Grund der ungewöhnlichen Combination pathologisch-anatomischen, chirurgischen und laryngologischen Wissens, das sich in ihm vereinte, seine Landsleute vor einem verfrühten Triumphgeschrei über den angeblichen Sieg der englischen über die deutsche Kehlkopfchirurgie zu warnen[1]).

Natürlich fiel die ganze Meute der Chauvinisten und Anbeter des Augenblickserfolges mit wüthendem Gekläff über uns beide her und die „Firma **Semon-Butlin**" wurde Monate lang in politischen wie in medicinischen Blättern der übelsten Nachrede ausgesetzt. Das schreckte aber meinen tapferen Freund nicht ab — es ist heute, 25 Jahre später, keine Indiscretion mehr, dies mitzutheilen — mit gleicher Entschiedenheit im Rathe der British Medical Association aufzutreten, als der Versuch gemacht wurde, auch dort dem Erfolge des Augenblicks zn huldigen, und zu verhindern, dass die repräsentative Vereinigung britischer Aerzte durch die vorgeschlagene Wahl Sir **Morell Mackenzie's** zum Präsidenten der laryngologischen Section für die Versammlung des Jahres 1888 dem schnöden Treiben jener Tage das Imprimatur ihrer Billigung aufdrückte.

Im nächsten Jahre bekleidete er selbst das Amt des Präsidenten der laryngologischen Section der British Medical Association in Leeds. Es ist interessant, dass er in seiner Präsidialrede schon damals Zweifel an der Räthlichkeit übermässiger Ausdehnung der Thätigkeit der Laryngologen auf ferner liegende Gebiete, wie auf Affectionen des äusseren Halses, aussprach, Zweifel, die ich selbst 20 Jahre später in meinem Abschiedsartikel

---

1) Vergl. British Med. Journal. 4. Juni 1887. — Dieses Centralblatt. Bd. V. 1888. S. 136. — Die Krankheit Kaiser Friedrich's III. 1888. S. 24.



beim Rücktritt von der Redaction dieses Blattes in ausgedehnterer Form wiederholt habe[1]).

Als Butlin im Jahre 1892 zum vollen Chirurgen seines Hospitals befördert wurde, musste er die Leitung der Halsabtheilung abgeben. Dieser äusserliche Umstand aber bedeutete nichts weniger als die Abnahme seines Interesses für unsere Bestrebungen. Er gehörte im Jahre 1893 zu den Mitbegründern der Laryngological Society of London, war ihr erster Schatzmeister, besuchte fleissig ihre Sitzungen, stellte zahlreiche interessante Fälle vor und betheiligte sich eifrig an den Discussionen. In den Jahren 1897 und 1898 verwaltete er mit vorzüglichem Erfolge das Amt des Präsidenten. Sein Einfluss auf den ganzen Ton der Gesellschaft war trefflichster Art: er wusste stets die Discussion auf ein höheres Niveau zu erheben, allzu extravagante Ansichten in liebenswürdiger, gutmüthig-satirischer Weise zu berichtigen, tüchtige jüngere Mitglieder zu ermuthigen.

Bei grösseren Discussionen laryngologischer Natur im Schosse anderer Gesellschaften fehlte er selten und seine in klarster und bestimmtester Weise ausgedrückten Ansichten wurden stets mit grösstem Respect von der Versammlung aufgenommen.

Dies Interesse an der Laryngologie erhielt er sich bis zum Ende seines Lebens. Noch im Winter des Jahres 1910 schleppte er, dem damals schon das Gehen und Treppensteigen äusserst sauer wurde, sich mühsam zu der Versammlung der Laryngologen und Otologen, in der darüber beschlossen werden sollte, ob beide Specialitäten getrennt oder vereinigt bei dem 1913 bevorstehenden Internationalen medicinischen Congress tagen sollten, um sein Votum für die erstgenannte der beiden Eventualitäten abzugeben.

Hat sich somit unser heimgegangener Freund grosse Verdienste um die sociale Entwicklung der britischen Laryngologie erworben, so sind auf wissenschaftlichem Gebiete Errungenschaften von ihm zu verzeichnen, welche unserer Specialwissenschaft in der ganzen Welt zu Gute gekommen sind.

Abgesehen von zahlreichen kleineren Mittheilungen und von seinen einleitenden Vorträgen über den Kehlkopfkrebs bei Gelegenheit des Berliner internationalen medicinischen Congresses im Jahre 1890 und der Londoner Versammlung der British Medical Association im Jahre 1894 sind hier besonders zu nennen:

a) Sein Lehrbuch „Diseases of the Tongue“ („Die Krankheiten der Zunge“), 1885, wohl die beste Monographie über die Affectionen dieses Organs, die je veröffentlicht worden ist. Sie ist 1887 von dem verstorbenen

---

1) Dieses Centralblatt. Juni 1909.

Beregszászy ins Deutsche übertragen und in der von Philipp Schech für dieses Centralblatt verfassten Kritik kurzweg als „epochemachend“ bezeichnet worden[1]).

b) Die Monographie: „Malignant Disease (Sarcoma and Carcinoma) of the Larynx“ (Bösartige Erkrankungen — Sarcom und Carcinom — des Kehlkopfs“), 1883, welche, obwohl gegenwärtig von den Fortschritten unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete weit überholt, ihrer Zeit einen Markstein unseres Wissens darstellte, und auch heute noch sehr lesenswerth ist.

c) Das in erster Auflage 1887, in zweiter Auflage 1900 erschienene Lehrbuch: „The Operative Surgery of Malignant Disease“ („Die operative Behandlung bösartiger Neubildungen“), in welchen den Krebsen und Sarcomen der Zunge, des Gaumens, der Tonsille, des Kehlkopfs, der Schilddrüse und des Oesophagus besondere Capitel gewidmet sind, und welches eine wahre Fundgrube für chirurgische Belehrung über diese Organe darstellt.

d) Seine äusserst wichtigen Arbeiten über Oesophagusdivertikel und deren Behandlung (British Med. Journal, 1. Januar 1898 u. a. a. O.), in denen er zuverlässige Kennzeichen für die Diagnose dieser Erweiterungen angiebt und über seine Methode ihrer Entfernung berichtet. Seine Resultate waren, wie ich aus eigener Erfahrung weiss, glänzende.

e) Seine Empfehlung der schnellen Eröffnung der Luftwege mittels einer kleinen Querincision der Haut im Niveau des Lig. conoideum, gefolgt von Eröffnung des Ligaments mit einer scharfen Sonde, Erweiterung der Wunde mit einer stumpfen Sonde und Einführung einer kleinen, breitovalen Canüle (Clinical Journal, 1912, 10. Dezember, p. 118). Die leichte, schnelle und ungefährliche Operation, die er sowohl in Fällen schwerer, höher oben erzeugter Dyspnoe wie als Präliminäroperation bei grösseren Eingriffen im Munde und Halse empfiehlt, ist lange nicht so bekannt wie sie es verdient.

f) Butlin's laryngologische Grossthat aber war unzweifelhaft die Rehabilitirung der Thyreotomie in den Frühstadien des inneren Kehlkopfkrebses. Schon vor 15 Jahren habe ich in meiner diesbezüglichen Arbeit in Fränkel's Archiv[2]) seine Verdienste um diese Frage voll gewürdigt (S. 388 u. ff.). Heute kann ich nur wiederholen, dass es allein seinem Muthe zu danken ist, wenn diese segensreiche Operation sich von neuem das Bürgerrecht erworben hat und wenn, wie seine eigenen, meine,

1) Vergl. dieses Centralblatt. Bd. II. S. 466 und Bd. IV. S. 379.

2) Zur Frage der Radicaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen mit besonderer Berücksichtigung der Thyreotomie. Archiv für Laryngologie. Bd. VI. Heft 3.



Chiari's, Moure's, Schmiegelow's, Chevalier Jackson's, St. Clair Thomsons' und vieler anderer Ergebnisse dies beweisen, mittels ihrer ein grösserer Procentsatz der Befallenen dauernd dem Tode entrissen wird als bei Krebsen in fast irgend einem anderen Theile des Körpers. — Wenn Butlin nichts anderes für die Laryngologie geleistet hätte als diese That, so wäre ihm durch sie ein dauerndes Gedenken in den Annalen der Laryngologie gesichert! —

*

Sir Henry Butlin war von kleiner, schmächtiger Statur. Dunkles, schlicht gescheiteltes Haar fiel über ein schmales, in seinen gesunden Tagen gesund geröthetes Gesicht, aus dem zwei gescheute Augen hervorleuchteten und dem ein kräftiger, früh schneeweisser Schnurrbart einen martialischen Anstrich verlieh. Sein Gesichtsausdruck war ein etwas starrer: derselbe wurde aber häufig durch ein humoristisches Lächeln und durch ein lustiges Zwinkern seiner Augenlider verschönt. Am besten präsentirte er sich zu Pferde. Er war ein ebenso kühner wie eleganter Reiter, und wenn er sein feuriges Pferd im vollen Galopp herumwarf, glich er mehr einem alten Reitergeneral als einem grossen Chirurgen, und erinnerte mich oft an Bernhard von Langenbeck, der ebenso wie er dem edlen Reitsport ergeben war und sich ebenso vorzüglich zu Pferde ausnahm.

Er besass ein grossartiges Gedächtniss und eine bedeutende Kenntniss fremder Sprachen, die er sich durch ausdauerndes Studium und jährliche Reisen im Auslande erworben hatte. Charakteristisch für ihn war hierbei, dass er seine Krankenjournale abwechselnd in englischer, deutscher, französischer und italienischer Sprache führte, um sich in dauernder Uebung zu erhalten. — Bei seinen Reisen, auf denen ihn stets seine treffliche Gattin begleitete, suchte er mit Vorliebe von dem grossen Touristenschwarm abgelegene Orte in Südeuropa auf und studirte deren künstlerische und architektonische Schönheiten.

Von der Natur mit grosser Rednergabe ausgestattet, bildete er dieselbe nach dem Muster seines von ihm mit Recht als Ideal betrachteten grossen Meisters Sir James Paget aus. Sein vorzügliches Gedächtniss unterstützte ihn hierbei dermaassen, dass er selbst die grössten, von Namen und Zahlen wimmelnden Reden und Adressen, die er zu halten hatte, zu memoriren wusste, und dass er dieselben wortgetreu mit einer solchen Freiheit der Diction vortragen konnte, dass sie, obwohl vorher aufs Sorgfältigste ausgearbeitet, durchaus den Eindruck der Improvisation machten.

Diese Gründlichkeit kennzeichnete sein ganzes Wesen, seine Lehrthätigkeit, die Führung seiner zahllosen öffentlichen Aemter und auch seine Operationsmethoden. Er war nicht, was man einen „glänzenden" Operateur

nennt, aber er war der gründlichste, kaltblütigste Operateur, den sich ein Kranker wünschen konnte.

Ueberaus innig war sein Familienleben, treu und opferfähig seine Freundschaft, grossartig seine Gastfreundschaft.

*

Ich weiss nicht, ob es mir gelungen ist, in der vorstehenden nothgedrungen kurzen Skizze den Lesern dieses Centralblatts ein lebendiges Bild von dem ungewöhnlichen Manne zu geben, von welchem dieselbe handelt. An gutem Willen meinerseits hat es wahrlich nicht gefehlt.

Aus kleinen Anfängen hervorgegangen, hat sich Sir Henry Butlin ohne jede äussere Hülfe, nur auf Grund seines Charakters und seines Fleisses zu den höchsten Stellungen emporgeschwungen, die ein englischer Arzt bekleiden kann, und hat sich nicht nur die Achtung und Verehrung seiner Standesgenossen, sondern, wie schon erwähnt, ihre Liebe in einem Grade erworben, wie sie nur wenigen zu Theil wird. Hierfür legte auch die allgemeine Theilnahme an seinem Leichenbegängnisse wie die zahlreichen ihm gewidmeten Nachrufe beredtes Zeugniss ab.

Wenn ich, der ich das Glück gehabt habe, ihm in mehr als dreissigjähriger, nie getrübter Frenndschaft nahezustehen, gefragt würde, welche ich für seine hervorragendste Charaktereigenschaft hielte, so würde ich, ohne einen Augenblick zu zögern, antworten: seinen Muth!

Butlin war in der That ein „Ritter ohne Furcht und Tadel“. Nie geizte er nach dem Beifall der Menge, nie verhehlte er, so unpopulär dies auch im Augenblick sein mochte, seine eigene Meinung, furchtlos und treu trat er stets für seine Ueberzeugung ein. Wie er im Jahre 1887 den damals herrschenden Meinungen gegenübergetreten war, so trat er noch in einer seiner letzten öffentlichen Reden im Jahre 1910 dem damals allgemein bejubelten Schatzkanzler Lloyd George in der Frage des Versicherungsgesetzes kühn gegenüber und sagte gerade heraus, dass er seinen, damals dem ärztlichen Stande gegebenen Versprechungen keinen Glauben schenke. Wie Recht er damals hatte, zeigen die Ereignisse der letzten Tage. — —

*

Wir haben einen guten Mann begraben.

Wenn der ärztliche Stand Grossbritanniens dem grossen Chirurgen, dem grossen pathologischen Anatomen, dem grossen Führer in socialpolitischen Fragen jederzeit ein treues dankbares Gedächtniss bewahren wird, so dürfen die Laryngologen der Welt mit Stolz und Rührung sagen: Auch er war unser! —

Felix Semon.



II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Calmette. Bernhard Fraenkel.** *Presse Médicale. 1911. No. 94.*

Nekrolog mit Photographie Fraenkel's, in dem der bedeutende Tuberculoseforscher Fraenkel's grosse Verdienste um die Tuberculosefürsorge bespricht.

LAUTMANN.

2) **J. Kubo. Genshu Katakura (1751—1822), ein Nasen- und Halsarzt. (Mit seinem Bilde und zwei Abbildungen.)** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngol. Bd. XV. No. 6. 1909.*

Katakura wusste schon im Jahre 1794 die Nasenpolypen mit einer von ihm aus Bambusrohr und Seidendraht von „Samisen" construirten Schlinge erfolgreich zu operiren. Ausserdem kannte er die operative Eröffnung der Abscesshöhle bei Peritonsillitis phlegmonosa und gab eine Incisionsmethode an. Seine Arbeit über Lepra wurde im Jahre 1894 ins Englische übersetzt (Journal of American Med. Association, Vol. 29). (Ref.: Siehe Fränkel's Archiv, Bd. 18.)

I. KUBO.

3) **Henry Winsor. Bericht über mehr als 400 Hals-Nasen-Ohrenkranke, die auf der Universitätsklinik in Manila behandelt wurden. (Report of over four hundred ear, nose and throat patients treated at the University-Hospital in Manila.)** *The Laryngoscope. Juni 1911.*

Unter den zur Behandlung gelangten Krankheiten verdient besonderes Interesse die „Gangosa", eine den Tropen eigenthümliche Affection. Mit dem Namen „Gangosa" bezeichnen die Spanier auf den Karolinen und Ladronen eine Krankheit, die charakterisirt ist durch einen destructiven Ulcerationsprocess, der gewöhnlich am weichen Gaumen, den Gaumenbögen oder der Uvula beginnt und sich per continuitatem auf den harten Gaumen, die Nasenhöhle, den Larynx und sogar das Gesicht ausbreitet. Die active Ulceration hat nach einer verschieden langen Periode Narbenbildung oder chronische Ulceration im Gefolge. Immer resultirt Verstümmlung. Constitutionelle Symptome fehlen oder sind unbedeutend. Synonym ist die Bezeichnung Rhino-Pharyngitis mutilans.

EMIL MAYER.

4) **A. Gál** (Budapest). **Operationen auf der rhino-laryngologischen Station der Poliklinik im Jahre 1910.** *Budapesti orvosi ujsag 1911. Beilage Gegeszet No. 1.*

Statistik.

POLYAK.

5) **Van den Wildenberg. Vorstellung von Kranken und anatomischen Präparaten in der medicinischen Gesellschaft von Antwerpen. (Présentation de malades et de pièces anatomiques à la Société de Méd. d'Anvers.)** *Anvers médical. No. 2. 1911.*

1. Ein Fremdkörper (Nussschale) aus dem rechten Bronchus eines 7monatigen Kindes, der Erstickungserscheinungen hervorgebracht hatte. Extraction mittels Bronchoskopie. Vorstellung des geheilten Kindes.

2. Künstliches Gebiss aus dem Oesophagus, 35 cm von der Zahnreihe entfernt. Extraction vermittelst der Oesophagoskopie. Krankenvorstellung.

3. Vollständige Verlegung des Oesophagus durch einen voluminösen Knorpelcondylus. Heilung vermittelst der Oesophagoskopie.

4. Neuer Fall von Laryngostomie bei einem 2jährigen Kinde. Vorstellung desselben.

5. Totale Laryngektomie und Pharyngektomie mit Entfernung voluminöser Carotideallymphdrüsen in einer Sitzung bei einem 70jährigen Mann wegen Krebses. Krankenvorstellung und Vorzeigen der Geschwulst.

6. Die Hypopharyngoskopie nach von Eicken bei einem 70jährigen Mann, welche erkennen liess, dass der den rechten Sin. piriform. ausfüllende Tumor sich bis zum unteren Rand des Cricoidknorpels erstreckte. Derselbe hatte noch die rechte Pharynxwand ergriffen. Verf. nahm die totale Laryng- und Pharyngektomie sammt Exstirpation der Epiglottis vor. Pflasterzellenepitheliom. Vorstellung des gut aussehenden Kranken.

BAYER.

6) **Van den Wildenberg. Krankenvorstellung vor der Antwerpener medicinischen Gesellschaft. (Présentation de malades à la Société de méd. d'Anvers, Mai 1910.)** *Anvers Médical. No. 3. 1911.*

1. Trachealnaht im Verlaufe einer Thyreoidektomie. Vorstellen des geheilten Kranken und Vorzeigen der Geschwulst.

2. Vorstellung eines seit 3 Jahren an einem ausgebreiteten Carcinom des Oberkiefers, des Sieb- und Keilbeins operirten und geheilten Kranken; ferner Vorstellung zweier neuerdings an der gleichen Affection operirter Kranker.

3. Vorstellung von zwei an voluminösen Nasenrachenfibromen operirten Kranken.

4. Vorstellung eines an doppelseitiger Bezold'scher Mastoiditis operirten Kranken.

5. Vorstellung von Kranken, die wegen diffusen Larynx- und Trachealpapilloms vermittelst der Tracheolaryngostomie und auf natürlichem Wege operirt und geheilt waren.

6. Totale Laryngofissur unter Localanästhesie wegen Epithelioms des Larynx; Krankenvorstellung.

7. Vorstellung eines an Pansinuisitis operirten und geheilten Kranken.

8. Photographien von zwei mit Paraffininjectionen behandelten Kranken mit Nasendifformitäten, vor und nach der Behandlung.

9. Operation eines voluminösen Aneurysmas, das zu gleicher Zeit die Carotis externa und interna betraf.

10. Ein Fall von postoperativer Hämorrhagie der Carotis primitiva.

BAYER

7) **Oppikofer** (Basel). **Krankenvorstellung und Demonstrationen.** Sitzungsbericht aus Basel. *Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 35. 1911.*

Sattelnase mit gutem kosmetischem Resultat nach Paraffininjectionen.

Perforirende chronische Stirn- und Siebbeineiterungen bei drei verschiedenen Patienten radical mit Erfolg nach Killian operirt. Die Gefahr der postoperativen Meningitis wird nach letzterem auf 2—3 pCt. geschätzt.

Abtragung des Kehldeckels wegen Tuberculose. Derselbe kann ganz weggenommen werden, ohne dass irgend welche Schluckstörungen eintreten. Verf. hält Milchsäure, Mentholeinspritzungen, Trichloressigsäure bei Kehlkopftuberculose nur für ausnahmsweise, dagegen Curette und Galvanokaustik für gewöhnlich erfolgreich.

Kieferhöhleneiterungen, wenn akut, sind gewöhnlich durch blosse Bettruhe heilbar; wenn chronisch, dienen Ausspülungen ungefähr in der Hälfte der Fälle zur Heilung. Genügen diese nicht, so hält er das Caldwell-Luc'sche Verfahren für das beste.

Rhinolithen, 9 an der Zahl, entfernt, bestanden vorwiegend aus um Kirschkerne und ein Nussschalenstück herum inkrustirtem kohlen- und phosphorsaurem Kalk.

Eine Biermünze hinter dem Cricoidknorpel eines vierjährigen Knaben entfernt.

Bei 82jährigem Manne ein mikroskopisch nachgewiesenes Carcinomknötchen des linken Stimmbandes endolaryngeal entfernt. Zwei Jahre später Stimmband vollkommen normal. — Carcinome bei so alten Leuten scheinen nicht selten dankbar zu sein. So sah Ref. bei einer 81 jährigen Dame einen jauchenden Scirrhus mammae durch blosse antiseptische Verbände derartig schrumpfen, dass nach einem Jahre operative Behandlung gar nicht mehr in Frage kam und Pat. sich vollkommen wohl befand.

JONQUIÈRE.

8) **M. Sigalin** (Warschau). **Athmungsgymnastik auf psychischer Basis.** *Deutsche med. Wochenschr. 7. 1911.*

Verf. hat ein metronomähnliches Instrument („Rhythmoskop") construirt, bei dem ein auf- und abwärts ausschlagender Hebel entsprechend der gewünschten Athmungscurve (nach Anzahl der Athemzüge, der dazwischen liegenden Pausen etc.) eingestellt werden kann. Der Patient hat nun den Bewegungen des Hebels gemäss seine Athmung einzurichten.

ZARNIKO

9) **Christen** (Bern). **Ueber Inhalationstherapie.** *Beilage zu den „Med. Neuigkeiten". No. 1. 1911. Bei Hausmann, St. Gallen.*

Verf. hat einen Inhalationsapparat origineller Form construirt, der nicht für Spray, sondern nur zur Einathmung der Athemluft beigemischter Dämpfe flüchtiger Substanzen dienen soll. Er verlangt, dass die Concentration eine geringe sei, da höhere Grade Husten und Nausea erregen, und dass diese Concentration eine constante sei. Beide Bedingungen werden dadurch erfüllt, dass die Luft sich mit den flüchtigen Substanzen kalt sättigt. Geschieht der Zusatz der letzteren zu erhitztem Wasser resp. Dampf, so giebt es anfangs zu hohe und nachher zu geringe Concentrationen. Der einfache, billige, auch bei liegendem Körper handliche Apparat besteht aus einem Erlenmeyerkolben mit Suberitkork, einem Mundrohr und einem Bechermaass, in dessen oben erweitertem Theil ein Stückchen Badeschwamm zur Aufnahme der flüchtigen Substanz angebracht wird. Durch dieses Schwämmchen wird auch der Dampfeinziehung der nothwendige leichte Widerstand entgegengesetzt.

JONQUIÈRE.

10) **Grischkewitz. Die Trockeninhalation nach Körting,** *Westnik uschnich, gorlowich i nosowich bolesnej. Juni 1911.*

Die Beschreibung der Einrichtung und des Wesens der Trockeninhalation nach Körting.

IWANOFF.

11) **Selbiger** (Berlin). **Coryfin in der Rhinolaryngologie.** *Deutsche med. Wochenschr. 18. 1910.*

Verf. empfiehlt das Coryfin als Mentholersatz wegen seiner Reizlosigkeit (? der Ref.) und seiner langsameren und anhaltenderen Wirkung.

ZARNIKO.

12) **A. Rosenberg** (Berlin). **Das Cycloform, ein Analgeticnm in der laryngologischen Praxis.** *Deutsche med. Wochenschr. 9. 1911.*

Durch Aufblasen von Cycloform (Fr. Bayer & Co.) in Substanz konnte Verf. den Schluckschmerz bei Larynxtuberculösen bis zu 24 Stunden, ja bis zu mehreren Tagen beseitigen. Das Mittel kann auch den Kranken zur Selbstinsufflation in die Hand gegeben werden.

ZARNIKO.

13) **Engelhard** (Hamburg). **Ein Beitrag zum Kapitel „Anästhetica" in der Rhino-Laryngologie.** *Monatsschrift für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1327. 1911.*

E. zieht das Alypin dem Cocain vor.

OPPIKOFER.

14) **Ruprecht** (Bremen). **Bemerkung zu dem Artikel: „Ungiftige Schleimhautanästhesie" von Dr. A. Ephraim in Breslau im 9. Heft dieser Zeitschrift.** *Monatsschrift für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1329. 1911.*

R. macht darauf aufmerksam, dass er nicht, wie Ephraim schrieb, alypingetränkte Wattetampons in die Nase einlegt, sondern dass er Alypin aufpinselt, 2—4mal in Abständen von einigen Minuten.

OPPIKOFER.

15) **A. Lengyel** (Budapest). **Salimenthol in der rhino-laryngologischen Praxis.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 13. 1911.*

Die in der Onodi'schen Klinik ausgeführten Versuche ergeben, dass das Mittel mit gutem Erfolge angewandt werden kann nicht nur bei acut entzündlichen Erkrankungen der oberen Luftwege, sondern auch bei Tuberculose des Kehlkopfes, nicht allein als Anästheticum, sondern auch zur Heilung der Geschwüre.

POLYAK.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Wilhelm Anton. Die Nasenhöhle der Perennibranchiaten. (Ein Beitrag zur Physiologie des Jacobson'schen Organs.)** *Gegenbaur's morphologisches Jahrbuch. H. 1. 1911.*

Verf. hat untersucht: Proteus anguineus; Monobranchus lateralis; Siren lacertina. Aus seinen Untersuchungen geht unter anderem hervor, dass Proteus anguineus eine einheitliche Regio respiratoria besitzt und dass die der Regio respiratoria lateral anliegende Knospenreihe mit besonders gross ausgebildeten Knospen als phylogenetisches Anfangsstadium des Jacobson'schen Organs anzusehen ist.

FINDER.

17) **K. Oyama. Ueber die Entfernung zwischen Naseneingang und Ostium pharyngeum tubae bei Japanern.** *Japan. Zeitschr. für Oto-Rhino-Laryngol. Bd. XVI. No. 3. 1910.*

Bei 100 Männern (6—68 Jahre alt) und 100 Weibern (6—58 Jahre alt) machte Verf. Messungen der obengenannten Entfernung mittels eines mit Millimetereintheilung versehenen Tubenkatheters. Der fixe Punkt in der Tuba wurde leider nicht genau controlirt, so dass er nur auf eine gelungene Luftdusche aufmerksam gemacht hat. Die Resultate sind wie folgt: 8,1 cm bei Männern, 7,7 cm bei Weibern im Durchschnitt. Die Zahl wird gegen das vierte Decennium grösser und dann wieder kleiner. Maximum: 8,98 cm (männlich), Minimum: 6,2 cm (weiblich).

INO. KUBO.

18) **T. Yoshinaga. Anatomische Untersuchungen der Kieferhöhle bei Japanern.** *Tokyo-Igakukwai-Zasshi. Bd. XXIII. No. 11. 1909.*

Verf. machte genaue anatomische Untersuchungen an 100 macerirten Schädeln, die sich in seinem eigenen Besitz befinden. Darunter befanden sich 66 männliche und 44 weibliche Schädel — 31 über dem 60. Lebensjahre, 49 im 25. bis 59. Lebensjahre, 7 im 16. bis 24 Lebensjahre und 3 unter dem 15. Lebensjahre. Die Untersuchungen geschahen also an 200 Oberkiefern. Die Messung der Höhlencapacität geschah theils an Abgüssen mit Wood'schem Metall und theils durch das hineingegossene Wasser. Die Dimensionen der Höhle wurden theils an Knochen selbst und theils an Abgüssen gemessen. Die Resultate sind wie folgt: 1. Höhe, Breite und Tiefe der Höhle: a) Höhe: 31 mm im Durchschnitt (Maximum 45 mm, Minimum 15 mm), Breite: 22 mm (Max. 31 mm, Min. 8 mm), Tiefe: 33 mm (Max. 44 mm, Min. 18 mm); b) grösser bei Männern als bei Weibern; c) am grössten im 25. bis 59. Lebensjahre; d) in der Jochbuchtgegend beträgt die Breite durchschnittlich 29 mm, d. h. 7 mm grösser als am Oberkieferkörper wegen des Vorspringens des Jochbeinfortsatzes. 2. Die Breite des Oberkieferkörpers (Max. 97 mm, Min. 72 mm), Breite der Nasenhöhle (Max. 46 mm, Min. 27 mm), Höhe derselben (Max. 52 mm, Min. 39 mm) sind ungefähr dieselben bei Japanern sowie bei Europäern. 3. Capazität der Höhle: a) 14,8 ccm (Max. 28,8 ccm); b) beide Höhlen sind manchmal asymmetrisch bei demselben Schädel (Max. r. 12,4 ccm, l. 4,7 ccm); c) bei Männern: 15,3 ccm (r. 15,1 ccm, l. 15,5 ccm), bei Weibern: 13,7 ccm (r. 14,2 ccm, l. 13,2 ccm), Max. männlich: 15,7 ccm, weiblich: 13,9 ccm. 4. Die Vorwölbung des Ductus nasolacrymalis (38 mal), Zahnretention (2 mal) und starke Vorwölbung der nasalen Wand verursachen die Verengerung der Höhle. 5. Zweiteilung der Höhle fand sich 2 mal, d. h. 1 pCt. 6. Am dünnsten ist die untere Wand an der Stelle vom II. Prämolarzahn, dann II. Molarzahn, I. Molarzahn und I. Prämolarzahn.

INO KUBO.

19) **Hermann Streit** (Königsberg i. Pr.). **Beitrag zur medianen Nasenfistel.** *Fränkel's Archiv. Bd. 24. 1911.*

Beschreibung eines Falles (Abbildung), der durch Exstirpation geheilt wurde.

WILH. SOBERNHEIM.

20) **Dobrowolski. Ueber Verwachsungen des Naseneingangs nach Pocken.** *Zarosniecie nozdrzy po ospie Medycyna. No. 16. 1911.*

Ein 8jähriges Mädchen machte vor 2 Jahren schwere Pocken durch, nach denen eine narbige Verwachsung des Eingangs der linken Nasenöffnung und Verengung der rechten blieb. Ausser Nasenveränderungen haben die Pocken noch Hydrophthalmus verursacht. Die Kranke war nicht geimpft. A. v. SOKOLOWSKI.

21) **Sinotecki. Ueber Angioma nasi (Angiomat nosa).** *Medycyna. No. 15. 1911.*

Verf. demonstrirt in der Warschauer laryngologischen Gesellschaft ein 9monatiges Kind, das seit Geburt mit oben angegebenem Leiden behaftet war.

A. v. SOKOLOWSKI.

22) **R. Hilbert** (Sensburg). **Ueber Augenerkrankung bei Acne rosacea.** *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1911.*

H. berichtet — unter Hinweis auf die spärliche Literatur — über einen Fall von beiderseitiger Augenerkrankung (Entzündung der Bindehaut und Hornhaut, Pupillenverengerung, Herabsetzung der Sehschärfe etc.) bei gleichzeitig bestehender ausgedehnter Acne rosacea. Eine entsprechende Augenbehandlung blieb erfolglos, dagegen brachte eine folgende erfolgreiche Behandlung der Acne rosacea ohne weitere Behandlung der Augen sämmtliche pathologischen Erscheinungen der Augen zum Schwinden. Auf Grund dieser Thatsache spricht Autor das Augenleiden als eine Folge der Erkrankung an Acne rosacea an und regt zu weiteren Beobachtungen an, ob bei bestehender Acne rosacea gleichzeitig sich Erkrankungen der Augen finden und ob letztere bei geeigneter Behandlung der Acne schwinden.

HECHT.

23) **Axmann** (Erfurt). **Conjunctivitis und Rosacea.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 52. 1911.*

Bezugnehmend auf die Mittheilungen R. Hilbert's in der gleichen Wochenschrift weist A. darauf hin, dass den Dermatologen obiger Zusammenhang wohl bekannt sei. Die günstige Beeinflussung der Conjunctivitis durch Behandlung der Acne rosacea beruhe auf einer indirecten Einwirkung auf die Bindehaut. Sehr gute Erfolge erzielt Autor bei verschleppten Rosaceafällen durch Behandlung mit diffusen Uviolstrahlen. HECHT.

24) **Brändle** (Breslau). **Die Behandlung der Granulosis rubra nasi mit Röntgenstrahlen.** *Dermatol. Zeitschr. Bd. XVIII. H. 11. 1911.*

In 4 Fällen wurden befriedigende Resultate erzielt. Bestrahlt wurde mit einer mittelweichen Monopolröhre, Focusdistanz 21 cm. Exponirt wurde in der ersten Sitzung bei 0,6 Milliampère je 8 Minuten, später je 10 Minuten. Nach 5—6 Expositionen war ein deutlicher Rückgang der Affection zu bemerken. SEIFERT.

25) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Lupusbekämpfung und Nasenvorhof (mit 3 Abb.).** *Münchener med. Wochenschr. No. 47. 1911.*

In dieser auf dem III. internationalen Rhino-Laryngologen-Congress in Berlin vorgetragenen Mittheilung weist S. darauf hin, dass — entgegen den früheren

Anschauungen — „der Nasen- oder Gesichtslupus überhaupt grösstentheils vom Naseninnern seinen Ausgang nehme" und dass „der eigentliche Primäraffect des Gesichtslupus meist im Nasenvorhof, und zwar oben im vorderen Nasenwinkel" sitze. Autor weist auf die Bedeutung der Untersuchung gerade dieser Gegend hin, empfiehlt zur leichteren Durchforschung dieses Gebiets seinen „rhinendoskopischen Spiegel" und macht darauf aufmerksam, wie oft von Nicht-Rhinologen Affectionen dieser Gegend als einfache Ekzeme, Katarrhe etc. betrachtet und dementsprechend ungenügend behandelt werden. S. weist darauf hin, welche Bedeutung die Frühdiagnose des beginnenden Nasenlupus für eine wirksame Lupusbekämpfung habe, und dass die Mitwirkung der Rhinologie unbedingtes Erforderniss sei. Wie wenig dies auch in Aerztekreisen noch gewürdigt werde, zeige u. a. auch das populäre Flugblatt des Privatdocenten Dr. Hübner, das kein Wort über den Lupus des Naseninnern enthalte. Die Heranziehung des Rhino-Laryngologen zur frühzeitigen Diagnose und Bekämpfung des Schleimhautlupus, zu Controluntersuchungen etc. sei mindestens so wichtig wie die eines Dermatologen.

HECHT.

26) **Compaired** (Madrid). **Ein Fall von Rhinophym. (Un caso de rinofima.)** *La Clinica y el Laboratorio. März 1911.*

Ein mittels Anwendung von Ignipunctur und Zinkoxydsalbe geheilter Fall; ausserdem Spülungen mit Resorcinlösung und Betupfen des Naseninnern mit Mentholöl.

TAPIA.

27) **Most** (Breslau). **Zur Casuistik schwerer Gesichtsphlegmone.** *Centralblatt für Chirurgie. 51. 1911.*

Der Prozess ging von einem Furunkel am Nasenflügel aus.

SEIFERT.

28) **Reinking** (Hamburg). **Operative Correctur difformer Nasen.** *Deutsche med. Wochenschr. 33. 1910.*

Demonstration im Hamburger ärztlichen Verein.

ZARNIKO.

29) **William Wesley Carter. Die Knochentransplantation zur Correction von Einsenkungen der Nase. (The transplantation of bone for correction of depressed deformities of the nose.)** *Journal American Medical Association. 27. April 1911. The Laryngoscope. Februar 1911.*

Eine kurze transversale Incision wird über dem Nasenrücken bis auf die Sutura nasofrontalis gemacht, und von da aus mit einem langen dünnen Elevatorium Haut und subcutanes Gewebe über dem Nasenrücken hochgehoben. In die so gebildete Tasche pflanzt Vf. ein ungefähr aus der Mitte der 9. Rippe entnommenes, den speciellen Verhältnissen entsprechend zugeschnittenes Knochenstück, das aus dem Periost herausgeschält ist, also ein solches nicht mehr besitzt. Verf. hat in keinem Fall Complicationen entstehen sehen, und die erzielten Resultate waren ausgezeichnet.

EMIL MAYER.

30) **Goerke** (Breslau). **Nasenplastik.** *Centralblatt für Chirurgie. 51. 1911.*

Auf endonasalem Wege wurde ein entstellender Höcker einer Hakennase entfernt.

SEIFERT.

31) **J. P. Haberern** (Budapest). **Fälle von Rhinoplastik.** *Orvosi Hetilap. No. 38. 1911.*

Demonstration von 3 Fällen.

POLYAK.

32) **Erwin Zahn** (Tübingen). **Ein Fall von einseitiger Erblindung nach Paraffininjection in die Nasengegend.** *Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. 1910.*

Die Paraffininjection wurde zur Beseitigung einer Sattelnase vorgenommen; sofort nach Erwachen aus der Narkose bemerkte die 41jährige Patientin die Erblindung des linken Auges. Der am nächsten Tage erhobene Befund zeigte das ausgesprochene Bild der Embolie der Arteria centralis retinae. — Dieser Befund beweist mit Sicherheit den zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang der Erblindung mit der Paraffininjection. — Verf. hält eine auf directem Wege von der Injectionsstelle aus eingetretene Unterbrechung der arteriellen Blutzufuhr in der Arteria centralis für wahrscheinlich.

W. SOBERNHEIM.

33) **A. Gyergyai** (Kolozsvar, Ungarn). **Bildungsanomalie des Septum.** *Orvosi Hetilap. No. 35. 1911.*

Es bestand ein keilförmiger Defect am hinteren basalen Theile der Nasenscheidewand, welcher ungefähr die Form des Vomer besass. Keine Narben; Entzündung und Lues können ausgeschlossen werden, G. hält den Fall für eine Bildungsanomalie.

POLYAK.

34) **Samuel Mc Cullagh. Knochencyste der Nasenscheidewand. (Bone cyst of the septum.)** *Laryngoscope. Januar 1911.*

Der Sitz des grösseren Theils der Cyste war an der Pars perpendicularis des Siebbeins, das andere Viertel bis Drittel jedoch sass an der Stelle, die normaliter von der Cartilago triangularis eingenommen wird.

EMIL MAYER.

35) **Walker Wood. Deviation der Nasenscheidewand und submucöse Resection. (Deviation of the nasal septum and the submucous resection operation.)** *British Medical Journal. 28. October 1911.*

Bericht über 100 Fälle mit daran sich knüpfenden Bemerkungen über Behandlung, Nachbehandlung und Complicationen. Enthält nichts Neues.

A. J. WRIGHT.

36) **Samoilenko. Ueber die operative Behandlung der Deformationen der Nasenscheidewand.** *Westnik uschnich, gorlowich i nasowich bolesnej. Mai 1911.*

Eine ausführliche Umschau über die Literatur der Frage.

A. IWANOFF.

37) **Myron Matzenbaum. Submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Submucous resection for the correction of septum deflection.)** *Cleveland Medical Journal. Februar 1911.*

Verf. giebt eine Beschreibung des von ihm angewandten Instrumentariums.

EMIL MAYER.

38) **G. Ritter** (Berlin). **Die Ablösung der Schleimhaut bei der submucösen Septumresection.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 4. S. 565. 1911.*

Die zur submucösen Septumresection gebräuchlichen Elevatorien lassen die

Schleimhaut nicht genügend ablösen und begünstigen Schleimhautzerreissungen. R. empfiehlt nur die vorderste Partie der Schleimhaut, etwa 1 cm weit von dem Schleimhautschnitte aus, mit einem geraden Elevatorium scharf abzulösen und die übrige Schleimhaut stumpf loszupräpariren mit dem von ihm angegebenen und abgebildeten gekrümmten Knopfelevatorium (leicht gekrümmter Schaft mit stumpfer, geknöpfter Spitze, zu beziehen durch H. Pfau, Berlin, Luisenstr. 48). Zur Ablösung der Schleimhaut von scharf vorspringenden Leisten ist das Instrument nicht geeignet.

OPPIKOFER.

39) **Sylvan Rosenheim. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *John's Hopkins Hospital Bulletin. April 1911.*

Verf. empfiehlt Vorsicht bei kleinen Kindern. Die Resultate, die er bei luetischen Patienten erzielt hat, waren ebensogut, wie bei allen anderen. Den Perforationen misst er in den seltenen Fällen, wo solche vorkommen, keine Bedeutung bei. Chronische Nebenhöhlenaffectionen bilden keine Contraindication.

EMIL MAYER.

40) **L. A. Varry. Ein Fall von Erysipel complicirt durch Meningitis nach einer intranasalen Operation. (A case of erysipelas complicated with meningitis following an intranasal operation.)** *Lancet. 30. September 1911.*

Bei einem 27jährigen Mann wurde eine submucöse Septumresection vorgenommen und am 3. Tage danach unternahm er eine Bahnfahrt von 60 Meilen. Zwei Tage darauf entstand ein Erysipel am Septum und breitete sich nach hinten auf den Pharynx, nach vorn auf das Gesicht und den Schädel aus. Plötzlich traten Convulsionen auf mit Strabismus, Verlust der Reflexe, Neuritis optica und schliesslich Coma. Es wurden alle 6 Stunden 10 ccm eines Antistreptokokkenserums injicirt; zwar bestand noch 6 Wochen lang Lähmung des Rectums und der Blase, aber schliesslich trat definitive Heilung ein.

A. J. WRIGHT.

41) **O. Glogau** (New-York). **Neue Instrumente zur submucösen Entfernung des knöchernen Septums.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 4. S. 569. 1911.*

Empfehlung und Abbildung von 2 Sägen, die gestatten sollen nach Ablösen der Septumschleimhaut die gesammte Deviation (knorpelige und knöcherne) als ein Stück zu entfernen.

OPPIKOFER.

42) **W. W. Carter. Ausgedehnte Mucocele des Siebbeins und der Stirnhöhle (postoperativ). (Extensive mucocele of the ethmoids and frontal sinus [postoperative]).** *Laryngoscope. Januar 1911.*

Als interessante Umstände bei seinem Fall bezeichnet Verf.: 1. Die ausgedehnte Zerstörung des Siebbeins, indem sowohl die perpendiculäre Platte wie die seitlichen Knochenmassen resorbirt waren. 2. Das Befallensein der Stirnhöhle. 3. Die zufällige und ungewöhnliche Thatsache, dass der Punkt des geringsten Widerstandes gegenüber dem Druck an der Naht zwischen dem Thränenbein und dem Processus nasalis des Oberkiefers sich befand. 4. Verf. konnte in diesem Fall nachweisen, dass die Nasensecretion nicht bactericid war.

EMIL MAYER.

43) **John A. Thompson. Knochencysten der Siebbeinzellen. (Bone cysts of the ethmoid cells.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Das einzige im Fall des Verf.'s vorhandene subjective Symptom war eine sehr profuse wässrige Absonderung aus der rechten Nase, wenn Pat. sich bückte. Sondenuntersuchung ergab Caries in der Wand der rechten Bulla ethmoidalis. Nach Curettage des kranken Knochens zeigte sich auf der Höhe der Bulla eine kleine Oeffnung, aus der beim Vornüberneigen die seröse Secretion herauskam. Die intercellulären Knochenwände im rechten Siebbeinlabyrinth waren alle zerstört und es bestand nur eine Höhle, die von einer weissen Membran ausgekleidet war. Diese wurde vorsichtig curettirt und dann 24 Stunden lang die Höhle tamponirt; nach Entfernung des Tampons wurde Pat. entlassen und schrieb nach einiger Zeit, dass es ihr völlig gut gehe.

EMIL MAYER.

44) **Finder** (Berlin). **Ueber Tuberculose des Siebbeinlabyrinths.** *Charité-Annalen XXXV. Jahrg. 1911.*

Zu den drei bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fällen von Tuberculose des Siebbeins (Gerst — zwei Fälle —, Scheibe) fügt Finder einen 4. hinzu. Bei einer 37jährigen (früher an Lungentuberculose erkrankt gewesenen) Frau zeigte sich eine bohnengrosse Schwellung unmittelbar unterhalb des rechten inneren Augenwinkels. Rhinoskopisch graugelbliches Secret aus der Gegend des mittleren Nasenganges ausfliessend. Nach Resection der unteren Muschel zeigte sich, dass die mittlere Muschel in eine schmutziggraue Masse aufgegangen war. Mikroskopische Untersuchung eines weggenommenen Stückes ergab Tuberculose. Operation von aussen her, Ausräumen des Siebbeinlabyrinths. Die Perforation nach aussen war durch den Processus frontalis erfolgt.

SEIFERT.

45) **E. Bullmann. Ueber histopathologische Veränderungen der Siebbeinzellenschleimhaut.** *Dissert. Bonn 1911.*

Bei 18 Patienten wurde die chronisch entzündete Siebbeinzellenschleimhaut mikroskopisch untersucht. Die Resultate der einzelnen Fälle werden kurz mitgetheilt und bestätigen die Angaben früherer Autoren. 4 Abbildungen.

OPPIKOFER.

46) **Walb** (Bonn). **Die Operation des Siebbeins.** *Med. Klinik. 50. 1911.*

Besprechung der verschiedenen Wege, um zu den Siebbeinzellen zu gelangen; für die beste Methode hält er, eine grosse Oeffnung von der orbitalen Seite her zu machen.

SEIFERT.

47) **J. A. Stucky. Bericht über 8 Falle von tödtlichen meningealen und cerebralen Complicationen von eitriger Ethmoiditis. (Report of eight cases of fatal meningeal and cerebral complications of suppurative ethmoiditis).** *Cleveland Medical Journal. März 1911.*

Verf. zieht folgende Schlussfolgerungen aus seinen Beobachtungen:

1. Es braucht sich nicht um eine eitrige Complication zu handeln, und doch kann der Ausgang ein tödtlicher sein.

2. Die Infection entsteht primär in den Siebbeinzellen resp. der mittleren Muschel, während die Stirn- und Keilbeinhöhle secundär ergriffen werden, entweder durch Ausbreitung per continuitatem oder durch eine Verlegung ihrer natürlichen Oeffnung, die lange genug anhält, um das angesammelte Secret eitrig werden zu lassen.

3. Die primäre Infection im Siebbein kann zu einer Hyperplasie führen als dem Resultat lang fortgesetzter Entzündung, und die mittlere Muschel kann eine polypoide Degeneration erleiden. Die Grössenzunahme in letzterem Fall führt zu einer Verlegung der natürlichen Oeffnungen der übrigen Höhlen, die mit dem mittleren Nasengang communiciren, und so entsteht eine Pansinuisitis.

4. Chronische Entzündung, Verdickung und Adhäsion der die Lamina cribrosa bedeckenden Hirnhaut ist wahrscheinlich häufiger als man vermuthet und stellen die Ursache vieler Fälle von chronischem Kopfschmerz dar.

5. Symptome seröser oder umschriebener Meningitis und Cerebritis sind, wenn die Stirnlappen befallen sind, sehr täuschend und irreführend, da keine motorischen oder sensorischen Störungen vorliegen.

6. In 17 Fällen waren ähnliche Symptome vorhanden. Zehn von diesen endeten tödlich. In acht war der Sectionsbefund der gleiche, und in den beiden andern waren die dem Tode unmittelbar vorausgehenden Symptome denen der andern Fälle so gleich, dass man zu der Annahme berechtigt ist, es haben in ihnen dieselben pathologischen Veränderungen an den Meningen und Cerebrum vorgelegen, und es habe die Infection primär im Siebbein begonnen, obwohl die Symptome, die zur chirurgischen Behandlung führten, andere waren.

7. Die Ausbreitung der Infection zu den Meningen oder Stirnlappen führt bisweilen sehr schnell zu einem tödtlichen Ende; häufiger aber geht es sehr langsam, indem der Patient an einer allgemeinen Toxämie stirbt.

EMIL MAYER.

48) **Lautmann. Die Electrolyse in der Rhinologie. (L'électrolyse en rhinologie.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 9. 1911.*

Die Rhinologen haben die Electrolyse viel zu wenig benützt, trotzdem ihnen dieselbe mannigfache Dienste leisten kann, sowohl mittels der desinficirenden und leicht ätzenden Stoffe, die am positiven Pol aufsteigen, als mittels der zerstörenden Wirkung einer feinen Nadel, die tief im Innern der Nase sitzende Tumoren zerstören kann, und eventuell Correcturen nach nicht ganz gelungenen Operationen gegen Leisten und Verbiegungen ausführen lässt. Hauptsächlich wird die Aufmerksamkeit auf die Anwendung der Electrolyse zur Behandlung der Verschwellung im Naseninnern gelenkt, als Ersatz des electrischen Brenners. Diese Anwendungsform der Electrolyse verdanken wir Bresgen, der sie seit beinahe einem Viertel-jahrhundert den Rhinologen empfiehlt, ohne bisher bei ihnen zu Gehör gekommen zu sein. Es ist unstreitig, dass, wer viel Geduld und viel Patienten hat, der Electrolyse den Vorzug vor dem Brenner geben kann. Die Dauerresultate sind besser, aber stellen sich so spät ein, dass viele Patienten vorzeitig, vor dem Ende der Behandlung, ausbleiben. Ist die Schwellung im Anfangsstadium, manifestirt sie sich namentlich durch subjective Symptome, dann ist der Erfolg viel prompter und besser als der mittels des Brenners erzielte.

LAUTMANN.

49) **De Lens. Apparat zur Anwendung von heisser Luft in der Nasenhöhle. (Appat deja primenenija gorjatschawo wosrncha si polesti nosa.)** *Jeshemesjatschnik. p. 131. 1911.*

Der Apparat dient zur Anwendung der heissen Luft beim acuten Schnupfen, die nach der Aussage des Autors den Schnupfen sicht selten coupirt. Die Wirkung der Wärme auf den acuten Schnupfen kann Referent aus langjähriger Erfahrung bestätigen.

P. HELLAT.

50) **E. Jürgens** (Warschau). **Ein Phantom zur Erlangung der Technik und zur Erlernung der Nasenuntersuchung und der Nasenoperationen.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 833. 1911.*

Das Phantom entspricht seiner Grösse nach den normalen Körpertheilen und gestattet, alle Nasenoperationen unter Controle des Lehrers auszuführen. 6 Figuren. Preis 50 M.

OPPIKOFER.

c. Mundrachenhöhle.

51) **Réthi** (Wien). **Zur Kenntniss der motorischen Innervation des weichen Gaumens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 39. 1911.*

Nach dem Vortrage auf dem III. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress in Berlin 1911. — Der Vagus ist der alleinige motorische Nerv des Levator veli palatini.

HANSZEL.

52) **A. Brown-Kelly. Congenitale Insufficienz des Gaumens. (Congenital insufficiency of the palate.)** *Journ. of Lar., Rhin. and Otol. Juni/Juli 1910.*

Verf. unterscheidet zwei Varietäten der angeborenen Gaumeninsufficienz und bezeichnet sie als submucöse Gaumenspalte, wovon er acht Fälle gesehen hat, und musculäre Gaumeninsufficienz, wovon er elf Fälle beobachtet hat. Jene ist charakterisirt dadurch, dass unter der intacten Schleimhaut im hinteren Theil des harten Gaumens sich eine Einkerbung oder Spalte befindet und dass die Muskeln der beiden Hälften des weichen Gaumens in der Mittellinie sich unvollkommen vereinigt haben. Geringer Grad von Spaltbildung kann ohne Insufficienz, d. h. ohne Rhinolalia aperta bestehen. Verf. hat dies 18 mal unter 90 Fällen von Uvula bifida gefunden. Nur bei 3 von 3500 untersuchten Schädeln fand sich ein Verhalten des Gaumens, das dem bei submucöser Gaumenspalte vorhandenen entsprach. (Abbildungen dieser Fälle und anderer Abnormitäten des Gaumens werden im Text gegeben.)

Angeborene musculäre Insufficienz ist charakterisirt durch unvollkommene Hebung des Gaumens während der Phonation in Folge mangelhafter oder unvollkommener Muskelaction. Dies ist nicht die Folge einer Parese, sondern wahrscheinlich einer ungleichmässigen Entwicklung oder abnormen Disposition der Muskeln des weichen Gaumens. Die Insufficienz bei der submucösen Gaumenspalte ist verursacht durch zu grosse Kürze des Gaumens oder zu weiten Abstand desselben von der hinteren Pharynxwand, bei angeborener Muskelinsufficienz beruht sie auf zu schwacher oder unwirksamer Thätigkeit der Gaumenheber. Verf. ver-

gleicht die Resultate der Messungen des harten und weichen Gaumens und der Nasenrachenöffnung bei diesen Zuständen mit der Norm.

Es werden die Veränderungen der Sprache und am Ohr, das in 80 pCt. der Fälle betheiligt ist, besprochen. Gewisse Zustände sind gelegentlich mit der submucösen Gaumenspalte verbunden, z. B. Uvula bifida, Schiefstellung des hinteren Septumrandes, Hasenscharte, überzählige Zähne etc. Die Behandlung besteht in Gutzmann's Methode der Massage und Streckung des Gaumens.

P. WATSON-WILLIAMS.

53) **J. H. Jacobson. Die chirurgische Behandlung der Gaumenspalte. (The surgical treatment of cleft palate.)** *American Journal of Surgery. Juni 1911.*

Verf. betont 1. die Wichtigkeit einer frühzeitigen Operation, 2. die Thatsache, dass mittels der Lane'schen Operation ein höherer Procentsatz von guten Resultaten erzielt wird als mit jeder andern, 3. die Wichtigkeit der postoperativen Behandlung durch Articulations- und Phonationsübungen.

EMIL MAYER.

54) **Rivière** und **Chalier. Epitheliom der Submaxillardrüse. (Epithéliome de la glande sous-maxillaire.)** *Lyon médial. 26. November 1911.*

Demonstration eines Tumors der linken Gland. submaxillaris, der bei einem 62 jährigen Manne exstirpirt wurde und sich als Carcinom erwies. Der Fall ist sehr selten; nach Angabe der Verff. sollen nur 4—5 Fälle von Carcinom der Submaxillardrüse existiren.

GONTIER DE LA ROCHE.

55) **Ratera** (Madrid). **Ein Fall von Speichelstein der Submaxillardrüse. (Un caso de calculo de la glandula submaxilar.)** *Revista espanola de Laringologia. September/October 1911.*

Die Diagnose war sehr schwierig und gelang erst mit Hülfe der Röntgenstrahlen.

TAPIA.

56) **Howard B. King. Noma bei einem Erwachsenen. (Noma in an adult.)** *New York Medical Journal. 27. Mai 1911.*

Noma beim Erwachsenen unterscheidet sich nicht wesentlich von der Erkrankung beim Kinde. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass nicht ein bestimmter Mikroorganismus als Erreger der Krankheit anzuschuldigen sei, sondern dass mehrere Typen von Mikroorganismen dabei in Betracht kommen. Eine infectiöse Submaxillardrüsenentzündung kann der Vorläufer der Noma sein und ist erst einmal Gangrän vorhanden, so ist die Entscheidung zwischen Noma und Angina Ludovici schwierig.

EMIL MAYER.

57) **L. Batawia. Ueber die chronischen febrilen Zustände tonsillären Ursprungs. (Przewlekte stany goraczkowe pochodzenia migdalkowego oraz kilka uwag o istocie anginy i t. zw. powiklan anginowych.)** *Gaz. lek. No. 44. 45. 1911.*

Nachdem der Verf. eingehend die Rolle der Gaumentonsillen bei verschiedenen Infectionen besprochen hat, beschreibt er 12 eigene casuistische Fälle, bei denen langdauernde fieberhafte Zustände (37,5° und höhere, sogar bis 40°) bestanden, welche Verf. nur durch tonsilläre Infection sich erklären konnte. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Einige Formen von Tonsillarentzündungen darf man als Lymphadenitis acuta betrachten.

2. Allgemeine Infectionen nach überstandenen Anginen entwickeln sich in den Fällen, in welchen der Widerstand der Tonsillen überwunden wurde.

3. Bei der sogenannten Tonsillitis lacunaris desquamativa chronica (Sokolowski-Dmochowski'sche Form) können verschiedenartige Infectionen die in dem Inhalt der Krypten sich ansiedelnden Mikroorganismen zur Vitalität anregen und chronische febrile Zustände verursachen.

4. Das einzige rationelle Mittel bei derartigen Zuständen ist nach Verf. die Tonsillectomie.

A. v. SOKOLOWSKI.

58) **F. Waldmann** (Budapest). **Ueber Nierenentzündungen, welche im Zusammenhange mit acuten und chronischen Tonsillitiden auftreten.** *Budapesti orvosi ujsag. 1911. Beilage Gégészet No. 2.*

Eine sehr lesenswerthe Beobachtung von 40 Fällen, unter welchen Albuminurie 21 mal vorkam. Einmal wurde eine hämorrhagische Nephritis beobachtet.

POLYAK.

59) **Galebsky. Angina gangraenosa.** *Westnik uschnich, gorlowich i nosowich bolesnej. Januar 1911.*

Zu den 28 aus der Literatur gesammelten Fällen fügt Verf. eine eigene Beobachtung bei einem 58jährigen Manne hinzu; der Fall verlief letal. Bacteriologisch wurde ein Diplococcus gefunden. Ausführliche Beschreibung der Symptome und Differentialdiagnose.

IWANOFF.

60) **Curt Blühdorn** (Berlin). **Zur Frage der Specificität der Plaut-Vincent'schen Anginaerreger.** *Deutsche med. Wochenschr. 25. 1911.*

1. Fusiforme Bacillen und Spirillen finden sich bald spärlich, bald reichlicher, gemeinschaftlich oder die eine von beiden, in einer grossen Anzahl von Rachenabstrichen Gesunder vor; fast regelmässig sind sie in der Umgebung der Zähne oder des Zahnfleisches in der gesunden Mundhöhle anzutreffen. 2. Ebenso sind die genannten Mikroben bei den verschiedensten anginösen Erkrankungen (Diphtherie, Scharlach, luetischen Anginen, Strepto- und Staphylokokkenanginen) in wechselnder Zahl zum Theil massenhaft unter sonstiger reichlicher Bacterienflora als harmlose Saprophyten zu finden. 3. Dieselben Spirillen und fusiformen Bacillen können, wenn sie in Reinkultur oder fast rein nachgewiesen werden, eine eigene Erkrankungsform, die sogenannte Plaut-Vincent'sche Angina, hervorrufen. 4. Sie sind nicht allein für die anginösen Prozesse, sondern möglicher Weise unter denselben Bedingungen auch für andere ulceröse Mundprocesse als ätiologischer Factor verantwortlich zu machen. 5. Durch bacteriologische, auch culturelle Untersuchung wird man in jedem Zweifelfalle von Plaut-Vincent-scher Angina insbesondere die klinisch auch mannigfache Aehnlichkeit bietende Diphtherie unbedingt ausschliessen müssen, um eventuell den richtigen Zeitpunkt für eine specifische Serumtherapie nicht zu versäumen.

ZARNIKO.

61) Sourdel. **Ein Fall von Angina Vincenti mit Salvarsan behandelt. (Un cas d'angine de Vincent traité par le Salvarsan.)** *Société Thérapeutique. 8. November 1911.*

Salvarsan wurde in localer Application mittels vorher in Glycerin getränkter Tampons angewandt. Völlige Vernarbung nach drei Tagen.

GONTIER DE LA ROCHE.

62) L. C. Grosvenor. **Actinomyces in den Tonsillarkrypten. (Actinomyces in tonsillar crypts.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Bei der Untersuchung von 100, zumeist bei Kindern entfernten Tonsillen fand Verf. in 14 Fällen Actinomycespilze in den Krypten. Die Pilze nehmen hier an Zahl und Grösse zu, drängen sich längs der Wandungen zusammen und bewirken durch ihren Reiz eine Wucherung des auskleidenden Epithels. Dieses proliferirende Epithel bildet einen Schutzwall gegen das Eindringen der Actinomyces in das Innere der Tonsille. Unmittelbar die Pilze umgebend findet man in den Krypten Mengen von geschwollenen Leukocyten mit granuliertem oder fragmentiertem Kern.

EMIL MAYER.

63) J. M. Mc Carthy. **Ein Fall von Mandelstein. (A case of tonsillar calculus.)** *Brit. Med. Journ. 28. Oct. 1911.*

Der Stein wog 4,6 g und maass 2,5 × 2,5 × 1,5 cm; er wurde ohne schneidende Instrumente entfernt. Das einzige Symptom bestand in Rauhigkeit im Halse. Nach der Analyse bestand der Stein aus Calciumphosphaten, kohlensaurem Kalk und phosphorsaurer Magnesia.

J. A. WRIGHT.

64) Goris. **Pharyngectomie wegen eines Lymphosarkoms der Mandel. (Pharyngectomie pour Lymphosarcome de l'amygdale.)** *Journal de Chir. et Annal. de la Soc. belge de Chir. No. 1 u. 2. 1911.*

In der Sitzung der belgischen chirurgischen Gesellschaft vom 31. December 1910 stellt G. eine Frau vor, bei welcher er vor 3 Tagen wegen eines Mandellymphosarkoms, welches sich bis in den Hypopharynx erstreckend, an der Wirbelsäule festsass, die Pharyngectomie vorgenommen hatte. Vorzeigen des Tumors.

BAYER.

65) L. C. Cline. **Bericht über einen Fall von Sarkom der Tonsille bei einem kleinen Kind. (Report of a case of sarcoma of the tonsil in a young child.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Es handelte sich um einen 22 Monate alten Knaben, bei dem sich eine höckrige von der linken Tonsille ausgehende und fast den ganzen Pharynx einnehmende Geschwulst fand, die bei Berührung sich ziemlich weich anfühlte und leicht blutete. Die Mutter gab an, dass 10 Tage vorher am Kieferwinkel eine Geschwulst vorhanden gewesen war, die auf Umschläge zurückgegangen war. Unter dem Kieferwinkel konnten einige vergrösserte Lymphdrüsen gefühlt werden, die fast bis zur Clavicula reichten. Die mikroskopische Untersuchung ergab Sarkom.

EMIL MAYER.

66) **L. Vaquier. Die Anästhesie der Gaumenmandel mittels Injection von Nirvanine. (L'anesthésie préopératoire de l'amygdale palatine par les piqûres de nirvanine.)** *Archives Internal. de Laryng. Tome XXXI. No. 2. 1911.*

Die Technik ist einfach. Zwei bis drei Einspritzungen der Mandel mit 10proc. Stovainlösung. Zwei bis drei Minuten später werden in das Mandelparenchym 2—5 ccm einer 5proc. Lösung von Nirvanin eingespritzt. Eine gewöhnliche 5 ccm fassende Spritze genügt hierzu. Es werden 4 Einstiche in die Mandel gemacht. Die Nadel wird 1 cm tief gestochen und die Lösung rasch eingespritzt. Hierauf wird 10 Minuten gewartet und der Patient kann dann in vollkommen schmerzloser Weise operirt werden.

LAUTMANN.

67) **D. v. Navratil** (Budapest). **Ueber die Chirurgie der Tonsillen.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 47. 1911.*

68) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Ueber die Chirurgie der Tonsillen. Bemerkungen zu D. v. Navratil's Artikel.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 50. 1911.*

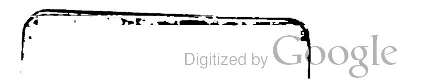
v. Navratil giebt eine neue originelle Erklärung für die Entstehung der intra- und der peritonsillären Abscesse, und zwar sollen die ersteren nach Verstopfung der kürzeren Lacunen, die letzteren aber nach Verstopfung der längeren Lacunen entstehen können. Vergrösserte Mandeln sollen nicht mit dem Ringmesser, welches unrichtiger Weise „Tonsillotom" genannt wird, operirt werden, weil dabei fast stets der Arcus verletzt wird. Es soll mit dem Messer und nicht mit einem Instrument operirt werden, welches das thut, was es will und nicht dem Willen des Operateurs gehorcht. Verf. zieht die Mandel mit einer stumpfen Löffelzange vor, während der Assistent den Zungenspatel hält, die Gaumenbögen werden mit der Scheere oder dem Messer abgelöst, die Mandel vorgezogen und dann nach Wunsch entfernt. Ein Mundsperrer ist selbst bei widerspenstigen Kindern unnöthig, der Assistent soll den Spatel bis zur Zungenwurzel vorschieben, das Kind bekommt Brechreize, öffnet den Mund, und diese paar Momente genügen, um die Mandel zu entfernen. In einer Sitzung wird nur eine Mandel nach dieser Methode, welche „Tonsillectotomia subtotalis" genannt wird, entfernt. Die Anwendung der kalten Schlinge sei unrichtig und absolut unchirurgisch, ebenso verwerflich sei das Morcellement bei kleinen Tonsillen, welche rheumatische Erkrankungen verursachen, hier soll die Tonsillektomie ausgeführt werden. Sitzt die Mandel von den Gaumenbögen bedeckt in der Tiefe, besteht ein tiefer Gang und Foetor ex ore, dann spaltet v. Navratil den Gang und näht die Mandel an den Rachen, worauf der Foetor aufhört; werden aber auch ferner Symptome von kryptogener Sepsis beobachtet, dann wird die Mandel mit einem zweiten Eingriff total entfernt. Intratonsilläre Abscesse sollen eröffnet und eventuell ein Theil der Mandel resecirt werden. Peritonsilläre Abscesse werden nicht nur eröffnet, sondern hier mit einem senkrechten Schnitt Arcus und Tonsille gespalten, um den langen Gang, dessen Verstopfung laut Verf.'s Theorie die Krankheit verursachte, zu eröffnen. Stellen sich Recidive ein, dann wird an dem der Abscesseröffnung folgenden Tage die ganze Mandel enucleirt.

v. Lénárt ergreift nicht nur als Vertreter des Morcellement die Feder, sondern auch deshalb, weil die Publication v. Navratil's geeignet sei, bei den praktischen

Aerzten über den jetzigen Stand der Chirurgie der Tonsillen unrichtige Ansichten zu erwecken. Das Tonsillotom eignet sich natürlich nicht für jede Mandel, sei aber in geeigneten Fällen von Hypertrophie dem Messer vorzuziehen, weil es bei entsprechender Erfahrung, Wahl der Instrumente doch weniger Nebenverletzungen verursacht als das Messer. Bei erwähnten Bedingungen sei es auch nicht zu befürchten, dass das Tonsillotom nicht dem Willen des Operateurs gehorcht. Bei v. Navratil's Operation an widerspentigen Kindern seien doch viel heiklere Gebilde des Halses in Gefahr als die Gaumenbögen, und es sei kaum zu glauben, dass die Operation absolut schmerzlos sei, weil das Messer scharf wie ein Rasirmesser ist. Jedenfalls gehört aber grosser Muth dazu, ohne Mundsperrer das Messer bei Kindern einzuführen. Die Besprechung des Morcellement geschehe ohne eigene Erfahrung und Kenntniss der Literatur, es sei unrichtig, dass dieses Verfahren nicht mehr benützt wird, wie die Arbeiten von G. Felix, Gürich und Schichhold beweisen. Verf. stellt fest und begründet, dass das Morcellement ein viel schonenderes Verfahren ist als die Tonsillektomie und dabei mit keinen wesentlichen Gefahren verbunden ist; weist dabei die Vermuthung v. Navratil's, dass er nach dem Morcellement den Galvanokauter zur Blutstillung und nicht zur Verödung von Lacunenresten anwendet, zurück. Das Annähen der Mandel an den Rachen betreffend, fragt v. Lénárt, was das weitere Schicksal solcher Mandeln sei, und warum eine spätere totale Entfernung ausgeführt werde? Der Operateur muss ja wissen, ob er wegen Fötor oder kryptogenetischer Sepsis operirt, und in letzterem Falle wozu die Mandelnaht? Auch die vorgeschlagene Behandlungsweise der peritonsillären Abscesse sei irrationell, es sei unstatthaft, dass bei einer im Grunde nicht schweren Erkrankung, bei welcher keine Complicationen bestehen, solche unverhältnismässig schweren Eingriffe stattfinden sollen. Die Theorie über kürzere und längere Lacunengänge sei wissenschaftlich noch nicht begründet und die darauf gebauten Schlüsse unhaltbar. Vor der Enucleation der Mandel 24 Stunden nach der Eröffnung des peritonsillären Abscesses kann nicht genug gewarnt werden, auch ist diese Operation unausführbar, weil die Patienten den Mund nicht öffnen können. POLYAK.

69) **Mermod** (Lausanne). **Ist es gut, die Tonsillen zu entfernen, und wie geschieht dies am besten? (Est-il bon de supprimer les amygdales et quel est le meilleur moyen d'y arriver?)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 12. 1911.*

Verf. bespricht in ziemlich gründlicher Weise diese wichtigen Fragen. Angesichts der Beziehungen der Tonsillen zum acuten Gelenkrheumatismus, zu Septikämien, zur Diphtherie, zur Syphilis, zum Scharlach u. s. w., anerkennt er keine ausgesprochene Schutzvorrichtung als Rolle der lymphatischen Gewebe des Rachens, und ist daher für Abtragung der drei Mandeln in allen Fällen, wo häufige Entzündbarkeit und starke Hypertrophie derselben vereinigt mit üblem Einfluss auf die Athmung, auf Nase und Ohren und auf das Allgemeinbefinden sind. Dagegen lässt er bei kleinen Kindern auch hypertrophirte Mandeln bestehen, wenn sie keine Nachtheile bewirken, weil ihnen doch eben in der frühen Jugend-



zeit eine gewisse, wenn auch noch unbekannte physiologische Rolle zuzukommen scheint. Dagegen giebt es eine lange Reihe von Fällen, wo die Tonsillen wenig vergrössert, scheinbar gesund in ihren Nischen liegen, aber dennoch beständig wiederkehrende heftige Anginen mit Fieber und starker Angegriffenheit der kleinen Patienten hervorrufen. Hier empfiehlt er energische Galvanokaustik unter starker Localanästhesie in einer Sitzung, die nicht mehr Entzündung verursache als eine rasch verlaufende Angina, aber die besten Erfolge gegen recidivirende Mandelentzündungen (esquinancies) aufweise.

JONQUIÈRE.

70) **Mermod. Tonsillectomie mit Galvanocauter. (Tonsillectomie au Galvano-Cautère.)** *Archives Internat. de Laryngologie. Tome XXXII. No. 2. 1911.*

M. hat die Tonsillektomie principiell nicht versucht. Es ist nur fraglich, ob er der Galvanokauterisation der Mandeln wieder, wie er es versucht, neuerdings Eintritt in die Specialität wird verschaffen können. Eine dreissigjährige Erfahrung hat Mermod gezeigt, dass man mit dem Kauter ohne Gefahr, ohne schädliche Nachwirkung radical auch die inficirtesten Mandeln curiren kann. Wozu also, fragt er, brauchen wir die Tonsillektomie?

LAUTMANN.

71) **Baland. Die Mandeltherapie bei rheumatischen Affectionen. (La tonsillothérapie dans les affections rheumatismales.)** *Archives Médic. Belges. Mars 1911.*

1. Die Pathogenie der rheumatischen Affectionen liegt in den Eiterdepots der Mandellacunen und -krypten, welche örtliche Entzündungen und auf Distanz infectiöse Erkrankungen in andern Organen hervorrufen können.

Ausser diesen Mandeldepots können pathologische Eiteransammlungen z. B. der Sinus und der Zähne zu diesen Affectionen Veranlassung geben.

2. Heilung und Vermeidung von Recidiven ist nur durch die Totalentfernung der Mandeln möglich. Die einfache Tonsillotomie und die andern derartigen Methoden sind nicht ausreichend, um eine dauernde Heilung zu erreichen.

3. Die Complicationen von rheumatischen Affectionen sind günstig beeinflusst durch diese Behandlung, unter der Bedingung, z. B. bei Myocarditis und Endocarditis, dass diese frisch sind; haben sie einmal in den Geweben zu tiefe Desorganisationen hervorgerufen, dann bleibt natürlich die Behandlung erfolglos.

4. Ausser den rheumatischen Affectionen äussert die Tonsillotherapie noch einen günstigen Einfluss auf andere Läsionen, welche mit der Mandelmanifestation einhergehen, speciell auf die Nieren. Curschmann hat durch Culturen Staphylokokken und Streptokokken im Urin von Kranken nachgewiesen, deren Nierenaffectionen mit Mandelentzündung eingesetzt hatten.

BAYER.

72) **Dan Mckenzie. Eine klinische Vorlesung über die Enucleation der Tonsillen. (A clinical lecture on enucleation of the tonsils.)** *Clinical Journal. 13. December 1911.*

Die Tonsillektomie ist erforderlich: wenn Pat. oft Anfällen von Angina lacunaris oder peritonsillärem Abscess ausgesetzt war, wenn die Tonsillen tief zwischen den Gaumenbögen eingebettet sind; bei Cervicaladenitis; wenn die Tonsillen bereits operirt waren und — wie die Laien sagen — „wieder gewachsen

sind“; schliesslich bei der vom Verf. sogenannten „irritable tonsil“, die oft mit chronischem Pharynxkatarrh einhergeht.

Verf. operirt in allgemeiner Narkose. Die Technik der Operation unterscheidet sich nicht wesentlich von der allgemein geübten.

FINDER.

73) **L. M. Freedman. Die Exstirpation der Tonsillen durch Enucleation, theils instrumentell, theils mittels Finger. (The exstirpation of the tonsils by enucleation, partly instrumental, partly by use of the finger.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. April 1911.*

Verf. beschreibt die Operation in 5 Stadien: Loslösung des vorderen Gaumenbogens, Incision in die Fossa supratonsillaris, Fingerablösung der Tonsille vorne und hinten, Application der Schlinge über der Tonsille, Excision mittels der Schlinge.

EMIL MAYER.

74) **Max Lubman. Tonsillotomie oder Tonsillectomie. (Amygdalotomy or amygdalectomy.)** *New York Medical Journal. 17. Juni 1911.*

„Solange die Tonicität des Epithels normal ist, sind die Tonsillen nicht erkrankt, ist aber die Tonicität des Epithels eingebüsst, dann müssen wir, wie bei einer Appendicitis, zu einer radicalen Maassregel schreiten und die Tonsille in loco entfernen.“

EMIL MAYER.

75) **J. H. Shastid. Ein verbessertes Tonsillotom. (A tonsillotoms improvement.)** *American Medicine. März 1911.*

Ein gewöhnliches Mathieu'sches Tonsillotom, das mit zwei Haken zum Zurückhalten der vorderen Gaumenbögen versehen ist.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

76) **H. Albert. Diphtherieträger und ärztliche Schulinspection. (Diphteria carriers and medical inspection of schools.)** *Jona Medical Journ. 15. December 1911.*

1. 1—2 pCt. aller gesunden Personen sind Diphtheriebacillenträger.

2. Während einer Diphtherieepidemie steigt die Zahl der — klinisch nicht erkrankten — Diphtheriebacillenträger auf 5 pCt. und bis 50 pCt., je nach dem Grade der Berührung, in die sie mit den Diphtheriekranken kommen.

3. Die Bacillen der Träger werden auf andere Personen durch ziemlich intime Berührungen oder durch den Gebrauch gemeinsamer Trink- oder Essgefässe, Handtücher u. s. w. übertragen oder durch enge Gemeinschaft mit hustenden oder niessenden Personen.

4. Die Diphtherie der Träger ist gewöhnlich von geringer oder gar keiner Virulenz; die Träger bedürfen daher, wenn in der betreffenden Gemeinde keine Diphtherie herrscht, keiner besonderen Aufmerksamkeit.

5. Wenn es in einer Gemeinde zum Ausbruch von Diphtherie kommt, so zeigt dies, dass virulente Diphtheriebacillen vorhanden sein müssen. Unter diesen Umständen wächst nicht nur die Zahl der Träger, sondern proportional auch die Zahl der Personen mit virulenten Diphtheriebacillen.



6. Die Nase der Träger soll mit einem schwachen Antisepticum, wie H_2O_2-Lösung, ausgespritzt, der Hals mit ebensolchen Lösungen ausgespritzt oder gegurgelt werden.

7. Wenn in einer Schule Diphtherie ausbricht, soll der Hals bei sämmtlichen Insassen inspicirt und bacteriologisch untersucht werden.

8. Diejenigen, bei denen eine Halserkrankung festgestellt ist, sollen solange aus der Schule ferngehalten werden, bis sich herausstellt, dass sie keine Bacillenträger mehr sind, und wenn die Bacillen persistent bleiben, so müssen die Träger isolirt bleiben, bis erwiesen ist, dass sie nicht mehr virulent sind.

9. Diejenigen, die keine Halserkrankung haben, sich aber als Bacillenträger erweisen, müssen zu Hause bleiben.

10. Ist die Epidemie in einer Schule ausgedehnt genug, so können immunisierende Antitoxindosen gegeben werden. EMIL MAYER.

77) **Lemaire. Ueber die Pathogenese des diphtheritischen Icterus beim Hund. (Sur la pathogenèse de l'ictère diphthéritique du chien.)** *Bulletin de l'Académie Royale de Méd. 1911.*

In der Sitzung der belgischen medic. Academie vom 31. Dez. 1910 machte L. einen Bericht über pathogenetische Untersuchungen bezüglich des Auftretens eines deutlich ausgesprochenen Icterus im Verlaufe von experimenteller Diphtherieintoxication beim Hunde: ob dieses Phänomen durch eine einfache Erythrolyse bedingt wird oder ob es sich um einen hepatogenen Icterus handle? Nach seinen Untersuchungen ist der diphtheritische Icterus ausschliesslich einer Alteration der Leber zuzuschreiben, die weiter nichts ist, als ein angiocholitischer Katarrh. Das diphtheritische Gift scheint dabei nicht in die Galle überzugehen, wohl aber besitzen Injectionen mit der Galle icterischer Thiere die Eigenschaft, das icterogene Vermögen des Diphtherietoxins zu neutralisiren. Der Autor wird noch weitere Versuche machen. BAYER.

78) **Lafforgue** (Paris). **Diphtherische Lähmung und Serumtherapie. (Paralysie diphtérique et sérothérapie.)** *Société Médicale des hôpitaux. 17 Nov. 1911.*

Ein Patient bekam nach einer Halsentzündung eine Gaumensegellähmung, die auf Seruminjectionen zurückging, aber in der Folge wieder auftrat. Verf. wiederholte die Behandlung mehrere Male, sowohl um die immer wiederkehrende Gaumenlähmung, als auch andere paretische Störungen an den unteren Extremitäten zu bekämpfen. Schliesslich genas der Pat., nachdem er 1350 ccm Serum injicirt erhalten hatte. GONTIER de la ROCHE.

79) **Robert Rendu** (Lyon). **Rationelle Behandlung der Diphtherie mittels Wärme. (Traitement rationnel de la diphtérie par la chaleur.)** *Lyon Médical. 21. Januar 1912.*

Nach den Untersuchungen des Verf. wird der Diphtheriebacillus mit Sicherheit getödtet, wenn er in vitro einige Minuten lang einer Temperatur von 58° C. ausgesetzt wird. In frisch ausgeworfenen Membranen wird er durch Erwärmung

auf 50° in 15 Minuten, auf 60° in 10 Minuten, auf 70° in 2 Minuten, auf 80° in 1 Minute getödtet. Verf. regt daraufhin an, Inhalationen mit heisser Luft zu versuchen; die Sitzungen sollen bei 100° 2 Minuten, bei 60° 30 Minuten lang dauern.

GONTIER de la ROCHE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

80) **H. Lisser. Studien über die Entwicklung des menschlichen Kehlkopfs. (Studies on the development of the human larynx.)** *Aus dem anatomischen Institut der John Hopkins University. American Journ. of Anat. 25. Juli 1911.*

Die Ergebnisse, zu denen der Verf. auf Grund seiner Untersuchungen gelangt ist, sind folgende:

1. Gegen Ende der 5. Woche des Embryonallebens zeigen sich zuerst die vollständigen Structuren des Larynx, wozu ich die präcartilaginösen und prämusculären Massen rechne. Die Kehlkopfnerven können erkannt werden, sind aber noch nicht in das Kehlkopfinnere gelangt, obwohl der N. recurrens so weit nach oben gedrängt ist, als die untere Portion des M. crico-arytaenoideus reicht. Die Rudimente des Ring-Schildknorpels und der Epiglottis können festgestellt werden. Die Aryknorpel sind noch nicht zu erkennen. Vier prämusculäre Massen sind vorhanden — zwei auf jeder Seite. Die obere Gruppe enthält den Crico-thyreoideus, Crico-arytaenoideus, lateralis und thyreo-arytaenoideus, die untere Gruppe den Crico-arytaenoideus post.

2. Während der 6. Woche ist der Aryknorpel erschienen; die Muskeln haben sich sehr schnell entwickelt, so dass sie am Ende der 6. Woche sehr gut von einander differenzirt werden können; sie haben ihre Innervation bekommen. Die Nerven haben sich dementsprechend entwickelt und die Anastomosen zwischen den N. larygeus sup. und infer. haben sich vollzogen.

3. Am Ende der 7. Woche sind alle Knorpel bis auf die Wrisberg'schen und Santorinischen entwickelt.

4. Die Existenz eines Sphincters, wie ihn Strazza beschreibt, ist sehr zweifelhaft.

5. Der menschliche Kehlkopf entwickelt sich als ein Einheitliches, seine Knorpel und Muskeln sind in ihrer Entwicklung nicht mehr abhängig und in Beziehung zum Pharynx und der Zunge, als es jeder Theil des Körpers zu dem ihm angrenzenden Theile ist.

EMIL MAYER.

81) **W. Henkel. Beiträge zur Kenntniss des Kehlkopfes der Marsupialier.** *Dissert. Rostock 1909.*

H. fand gleich wie Körner und Suckstorff mannigfaltige Abweichung im Bau und in der Anordnung der einzelnen Theile des Kehlkopfes der Marsupialier. Dass der Larynx von Marsupialiern nicht dieselbe Wichtigkeit hat wie bei anderen Säugern, beweist die seltene Anwendung der Stimme, das Ueberwiegen der Glottis respiratoria gegenüber der Glottis vocalis und die vielfach beobachtete Thatsache, dass ein Organ, je wichtiger für die Existenz eines Tieres, um so höher entwickelt und in seinen Einzelheiten um so feiner differenzirt ist.

OPPIKOFER.

82) **W. Büttner. Ueber die Flimmerbewegung in Trachea und Bronchien des lebenden Säugethieres.** *Dissert. Jena 1909.*

B. untersuchte die Flimmerbewegung zuerst am Präparat, das er unter allen Cautelen vom lebenswarmen Thier (Kaninchen, Hund) entnahm, sofort aufspannte und dann im Brutschrank in einer feuchten Kammer beobachtete. Da aber unter diesen Umständen die Verhältnisse doch viel zu sehr von den natürlichen abweichen, nahm Verf. dann seine Beobachtungen am lebenden Thiere vor. In Narkose wurde aus der Trachea des Hundes nach vorausgegangener Tracheotomie ein rechteckiges Fenster herausgeklappt und dessen Schleimhautseite sowie die durch einen Reflector erleuchtete Tiefe der geöffneten Trachea mit dem Zeiss'schen Binocular-Mikroskop beobachtet, und dann die Geschwindigkeit der das Gesichtsfeld passirenden Körnchen der nunmehr aufgeblasenen (blau gefärbten) Lycopodiums unter normalen und pathologischen Verhältnissen berechnet.

Die mechanische Leistung der Flimmerthätigkeit ist unter natürlichen Verhältnissen sehr constant und so ausgiebig, dass die Flimmerung als äusserst wichtiger Factor für die Reinhaltung der Luftwege gelten muss. Die Flimmerthätigkeit der normalen Schleimhaut in den Bronchien wird von Aether- und Chloroformnarkose nicht wesentlich gestört. Für die „Erkältung" findet sich keine Erkläiung in der Flimmerthätigkeit, da dieselbe im lebenden Thier von Kälteapplication nicht beeinträchtigt wird. Bei acuten Bronchitiden nach Inhalation von reizenden Dämpfen finden sich oft optimale Werthe der Flimmerleistung (befördernde Wirkung der Hyperämie?). Die acute Allgemeinvergiftung mit Alkohol bewirkt bei Hunden eine Lähmung des Flimmerepithels. OPPIKOFER.

83) **M. Rothmann. Ueber die Beziehungen des oberen Halsmarks zur Kehlkopfinnervation.** *Vers. der phys. Ges. zu Berlin. Sitzung 3. November 1911. Med. Klinik. No. 52. 1911.*

Die Versuche von Grabower und Grossmann haben gezeigt, dass der N. vagus (X) der motorische Kehlkopfnerv ist, und dass der N. accessorius (XI) nichts mit der Kehlkopfinnervation zu thun hat. Anatomische Untersuchungen von van Gehuchten, Bochenek, de Beule zeigten dann, dass beim Kaninchen ein motorischer Kehlkopfast aus den Vaguskernen durch den Accessorius bulbaris zum M. thyreo-arytaenoideus ext. gelangte. Jedenfalls stammt nach all diesen Arbeiten die gesammte motorische Kehlkopfinnervation aus den bulbären motorischen Vaguskernen.

Rothmann constatirte nun bei Durchschneidungen der beiden Hinterstränge und beiden Vorderstränge mit der dazwischen gelegenen grauen Substanz im ersten oder zweiten Halssegmente bei Hunden ausser den motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen des Körpers eine vollkommene Heiserkeit der Stimme, die auf einer sofort nach der Operation auftretenden Adductorenparese der Stimmlippen beruhte. Die Heiserkeit, die bei Schmerzäusserungen und bei Bellversuchen in gleicher Weise hervortrat, verlor sich allmählich im Verlauf von 4—6 Wochen. Die doppelseitige Durchschneidung des Accessoriusstammes oberhalb der ersten Cervicalwurzel ergab beim Hunde weder eine Parese der Stimmlippen, noch eine Veränderung der Stimme. Es muss sich daher um Vagus-

verbindungen handeln, die bis in das zweite Halssegment herabreichen. Vortr. fand aus der menschlichen Pathologie einen Fall von Wagner und Stolper, bei dem eine in Folge von Epistropheusfractur und Atlasdislocationen zu Stande gekommene Blutung in die graue Substanz des ersten bis dritten Halssegments (mikroskopisch festgestellt) zu einer Unmöglichkeit des Anlautens mit Flüstersprache geführt hatte. Es ist daher nicht unmöglich, dass diese Beziehung der oberen Halssegmente zur Kehlkopfinnervation auch für den Menschen localisatorische Bedeutung gewinnen wird.

J. KATZENSTEIN.

84) **R. Sokolowsky. Ueber die Genauigkeit des Nachsingens von Tönen bei Berufssängern.** *Passow-Schäfer's Beitr. Bd. 5. H. 4. S. 204. 1911.*

Geschichtliche Vorbemerkungen. Versuchsverfahren: Die zur Aufnahme der Tonschwingungen verwendete Apparatur besteht in einer Combination des Einthoven'schen Saitengalvanometers und des Weiss'schen Phonoskops und zwar wurde der gegebene Orgelpfeifenton mit dem Saitengalvanometer und der nachgesungene Ton vom Phonoskop aufgenommen.

1. Versuchsreihe: Nachsingen eines gegebenen Tones bei gleichzeitigem Erklingen des gegebenen (Orgelpfeifen-)Tones (Unisonocurven): In 8 Curven betrug der grösste Fehler 0,8 pCt., dagegen ist zweimal ein Fehler von nur 0,17 pCt. erreicht worden. Zweimal wurde zu hoch und sechsmal zu tief gesungen.

2. Versuchsreihe: Nachsingen eines gegebenen Tones nach Verklingen desselben. Nachsingen nach $^1/_2$, 1, einmal nach 2 Minuten. 12 Curven. Die Fehler sind etwas grösser als beim Unisonosingen. Es finden sich Fehler von 2,12 pCt. (nach $^1/_2$ Minute), resp. 3,52 pCt. (nach 1 Minute) gegen 0,17 pCt. bei der Unisonocurve.

3. Versuchsreihe: Singen von Intervallen zu einem gegebenen (gleichzeitig erklingenden) Ton. 26 Curven. Die grössten Fehler wurden beim Nachsingen der Quinte gemacht: es finden sich da Fehler von 5,52 resp. 4,54 pCt. Die Fehler scheinen mit der Grösse des Intervalls zuzunehmen, um bei der Quinte die grösste Höhe zu erreichen und dann wieder abzufallen. Es ergab sich im Mittel ein Fehler von 0,783 bei der kleinen Terz, von 1,502 pCt. bei der grossen Terz, von 1,25 pCt. bei der Quart, von 3,282 pCt. bei der Quinte, von 1,005 pCt. bei der Sexte, von 1,163 bei der Octave. In 26 Curven wurde 20 mal detonirt und nur 6 mal distonirt.

Die erhaltenen Resultate lassen es dem Verf. erwünscht erscheinen, dass weitere Versuche angestellt werden darüber, ob die Intonationsreinheit von der Art des gesungenen Vocals abhängig ist und ob sie von der Wahl des Registers beeinflusst wird.

J. KATZENSTEIN.

85) **J. Kubo. Ueber die psychische Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Fukuoka-Ikwadaigaku-Zasshi. Bd. II. No. 1. 1908.*

Nach Beschreibung des Wesens und der Befunde der hysterischen Aphonie empfiehlt Verf. als Therapie Athemgymnastik und systematische Phonationsübungen, welche mit Geduld und Ernst ausgeführt werden müssen. Auf diese Weise erzielte Verf. immer gutes Resultat und vermuthet, dass das Wunder von

Jesus am galiläischen Meer (Matthäus 15 — „dass die Stummen redeten") auch eine psychische Behandlung gewesen sei. I. KUBO.

86) **Hosoya. Neurosen bei Sängern.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XVI. No. 5—6. 1910.*

Nach Beschreibung der verschiedenen Formen der Phonationsneurosen berichtet Verf. über vier von ihm beobachtete Fälle bei Sängern. Laryngoskopisch konnte man keine den Stimmstörungen entsprechenden Veränderungen im Kehlkopfe finden. Verf. empfiehlt zuerst conservative Behandlungen und warnt vor den unvorsichtigen Operationen beim Vorhandensein von Nasen- und Rachenerkrankungen bei Sängern. Was die Stimme selbst anbetrifft, zieht er Phonationsübungen, Gymnastik etc. vor. J. KUBO.

87) **M. A. Mahaim. Ein Fall von scheinbarer Pseudobulbärparalyse mit Anarthrie in Folge von Cortical- und Centralsklerose. (Un cas de paralysie pseudobulbaire fruste avec anarthrie par sclérose corticale et centrale.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 2. 1911.*

Mittheilungen eines klinischen Falles von Gehirnsclerose in dem Verlaufe einer Pseudobulbärparalyse: Kranker mit Diplegie und Anarthrie, abgeschwächter Intelligenz wird ausserdem noch von clonischen Zuckungen und von Zeit zu Zeit von epileptiformen Anfällen befallen. Bei der Autopsie fand man:

1. Mikrogyrie der Seitenlappen.
2. Centralsclerose weit verbreitet in den Frontal- und Parietallappen.
3. Einige Flecken von Sclerose en plaques in den rothen Kernen und dem linken Luys'schen Körper.
4. Eine diffuse Sclerose der ganzen Gehirnrinde, speciell prononcirt in den atrophischen Windungen.

Der Autor schliesst daraus, dass die Association der Diplegie und paralytischen Anarthrie mit clonischen Zuckungen und epileptiformen Anfällen eher an Pseudobulbärparalyse als eine diffuse Corticalsclerose mit multiplen hämorrhagischen Herden, welche die gewöhnliche Ursache dieser Affection seien, hätte denken lassen. BAYER.

88) **M. A. Mahaim. Ein neuer Fall von ausgedehnter Zerstörung der linken Zona lenticularis ohne Spur von Aphasie. (Un nouveau cas de destruction étendue de la Zone lenticulaire gauche sans trace d'aphasie.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 2. 1911.*

Verf. berichtet in dieser Arbeit über einen Fall von Zerstörung der Linsenzone und des grössten Theiles der Insel ohne Aphasie. Da in diesem Falle die tiefe weisse Substanz in der Gegend der Capsel verletzt war, bringt der Autor den Fall in Beziehung zu einem andern noch nicht veröffentlichten Fall, in welchem die Gegend der Capsel zum grössten Theil zerstört war, ohne dass dabei Aphasie vorhanden gewesen.

Er schliesst daraus, dass ebenso wenig wie das Operculum und die Insel, die Gegend der Capsel zur Zone der articulirten Sprache gehören. BAYER.

89) **M. A. Mahaim. Ein Fall von geheilter motorischer Aphasie mit nachfolgender Autopsie. Läsion der 3. Stirnwindung mit unversehrter Zona lenticularis. (Un cas d'aphasie motrice guérie, suivi d'autopsie; lésion de la troisième circonvolution frontale, intégrité de la zone lenticulaire.)** *Bulletin de l'Acad. de Méd. de Belgique. 1910.*

Sitzung vom 31. Dec. 1910; es handelt sich in diesem Fall um eine motorische Aphasie und Agraphie; bei der Autopsie fand man den klassischen Herd im Broca'schen Centrum, aber sonst keinen dahinter. Die Untersuchung der Schrift des Kranken lässt erkennen, dass die Alexie eher dem Analphabetismus und der mangelnden Schulbildung zuzuschreiben ist.

Der Fall zeigt ein specielles Interesse durch das Factum, dass trotz der Betheiligung des Operculums bei der Läsion die motorische Aphasie sehr schnell zur Heilung kam. Dieser Umstand bestärkt den Autor in seiner schon früher ausgesprochenen Ansicht, dass das Operculum nicht zur Sprachzone gehört; schliesslich wurde die Zona lenticularis absolut intact befunden.

BAYER.

90) **G. Demeter** (Kolorzvar, Ungarn). **Zwei seltene Fälle von Schnittverletzung des Kehlkopfes.** *Gyogyaszat. No. 14. 1911.*

Beschreibung der gerichtlichen Obduction zweier Selbstmordfälle.

POLYAK.

91) **R. Steiner. Unfallsverletzung des Kehlkopfs.** *Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 21. October 1910. Prager med. Wochenschr. No. 3. 1911.*

Ein Mann erhielt mit einer eisernen Stange einen Stoss gegen die linke Halsseite. Athemnoth; Tracheotomie. Am nächsten Tage sieht man laryngoskopisch im Kehlkopf einen blaurothen, sich kugelig vorstülpenden Tumor (submucöses Hämatom), der sich im Laufe der nächsten Wochen und Monate zurückbildete. Dagegen hatte sich eine mit narbiger Schrumpfung speciell der linken Kehlkopfhälfte einhergehende Verengung des Kehlkofes gebildet, so dass das Decanulement nicht gelang. Die vorderen zwei Drittel der Stimmlippen waren miteinander verklebt; die linke Kehlkopfhälfte war unbeweglich, das linke Stimmband samt Aryknorpel durch die entstandenen Narbencontracturen in Auswärtsstellung fixirt, rechtes Stimmband gut beweglich. Es handelte sich um eine der sehr seltenen einseitigen traumatischen Ankylosen des Arytänoidgelenks mit Fixation der linken Larynxseite und des linken Stimmbandes in Auswärtsstellung. Verf. hat mit dilatirenden Röhren die Stenose erweitert; nach 8wöchiger Behandlung, die eine Besserung herbeiführte, musste jedoch Pat. in die Heimath zurückkehren.

HANSZEL.

92) **R. Steiner. Zur Kenntniss der Kehlkopfverletzungen und deren Behandlung.** *Prager med. Wochenschr. Nr. 20. 1911.*

Eingehende Mittheilung des in der Octobersitzung 1910 im Verein deutscher Aerzte in Prag demonstrirten Falles von Unfallsverletzung des Kehlkopfes.

HANSZEL.



93) **Gimenez Encina** (Madrid). **Prognose der Kehlkopftuberculose. (Pronostico de la tuberculosis de la laringe.)** *Rev. Barcelonesa de enfermedades de oidos etc. December 1911.*

In Spanien ist die Prognose der Kehlkopftuberculose sehr schlecht, da die meisten Patienten nicht in der Lage sind, ein hygienisches Verhalten zu befolgen. Verf. appellirt daher an den Staat und die Wohlthätigkeitsbestrebungen, um die Errichtung von Sanatorien zu erreichen. TAPIA.

94) **F. Schröder. Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft.** *Dissert. Freiburg 1909.*

Die meisten Autoren sind der Ansicht, bei Schwangerschaft und Kehlkopftuberculose den künstlichen Abort einzuleiten; trotzdem sind aber im grossen Ganzen die Resultate sehr ungünstig. Bericht über 2 Fälle aus der Freiburger geburtshilflichen Klinik. OPPIKOFER.

95) **Berini** (Barcelona). **Die Kehlkopftuberculose in Bezug auf das Leben in der Werkstatt. (La tuberculosis laringea en sus relaciones con la vida de taller.)** *Rev. barcelonesa de oidos, nariz y gargenta. Dezember 1911.*

Empfehlungen einiger Maassnahmen, die der Arbeitgeber zu treffen hat, um die Gesundheit der Arbeiter zu schützen. TAPIA.

96) **L. Zamenhof. Ueber Anästhesie des Kehlkopfs bei tuberculösen Kranken mittelst Alkohols. (O znieczulaniu kotani za pomsca alkoholu w przypadkoch gruzlicy.)** *Medycyna i Kronika lek. No. 46—47. 1911.*

In 20 schweren Kehlkopftuberculosefällen hat Verf. die Alkoholinjektion nach Hoffmann'scher Methode angewendet. In 2 Fällen wurde eine beinahe vollständige Schmerzlosigkeit erzielt, welche 1—2 Monate dauerte; in 7 Fällen dauerte die Besserung 1 bis 2 Wochen, in 7 nur einige Stunden, höchstens einige Tage; dagegen blieben in 4 die Injectionen gänzlich resultatlos. In allen Fällen wurden die Injectionen einige Male bei denselben Kranken angewendet. Die Injectionen mittelst erwärmten Alkohols gaben dieselben Resultate. v. SOKOLOWSKI.

97) **Lijk. Die dauernde Anästhesie bei der Tuberculosis des Kehlkopfs. (Einspritzung von Alkohol in den N. laryng. sup.)** *Westnik uschich, gorlowich i nosowich bolesnej. Mars 1911.*

Uebersicht über die Literatur der Frage. Beschreibung der Technik der Einspritzung. In mehr als in 50 Fällen hat der Verf. gute Erfolge bekommen.

IWANOFF.

98) **Weiss** (Elisabethgrad). **Gefahren der electro-caustischen Behandlung der Larynxtuberculose.** *Berner Dissertation. Bern 1911.*

Mermod, der wohl als hauptsächlicher Begründer der Methode über die grösste Zahl von galvanischen Kauterisationen bei leichten und schwersten Fällen verfügt, schätzt die Gefahr sehr gering. Vorkommnisse auf der otolaryngologischen Klinik der Universität Bern (Prof. Lüscher) mahnen zur Vorsicht. Die Gefahren sind: Larynxödem, Perichondritis, Chondritis, Cocaïnvergiftung, Verschlimmerung

des Lungen- und Kehlkopfleidens, und selten, der Uebergang von Tuberculose zu Carcinom. Strenge Erfordernisse zur Vermeidung der Gefahren sind: Spitalbehandlung, gründliche, nicht oberflächliche Arbeit, sorgfältigste Nachbehandlung. Dem Uebergang von der Tuberculose zum Krebs, welcher bei einem sehr ausgeprägten, mit Curetten und Milchsäure gründlich behandelten Fall beobachtet wurde, ist eine theoretische Erörterung gewidmet. Trotz der genannten Gefahren befürwortet Verf. warm die Galvanokaustik gegen Kehlkopftuberculose.

JONQUIÈRE.

99) **D. von Navratil. Kritische Studie über die gegenwärtige Therapie der Kehlkopftuberculose. (Etude critique de la thérapeutique actuelle de la tuberculose laryngée.)** *Arch. Internat. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. XXXII. No. 1.*

Verf. giebt eine Uebersicht über den Stand der Kehlkopftherapie, indem er zunächst die conservativen, dann die radicalen Methoden Revue passiren lässt. Bei den Infiltrationszuständen empfiehlt Verf. im Allgemeinen conservative Behandlung und Mentholinjectionen; ist der Zustand der Lunge und das Allgemeinbefinden gut, so empfiehlt er die präventive Tracheotomie zur Ruhigstellung des Larynx. Ulcerationen touchirt er mit einer Argentumperle und, wenn danach keine Heilungstendenz auftritt, mit dem rothglühenden Galvanocauter. Tiefe Ulcerationen an der Innenfläche der Stimmbänder oder an anderen Stellen curettirt er, eventuell mit nachheriger Anwendung des Cauters. In schweren Fällen, bei Knorpelnekrose ist die Laryngofissur angezeigt. Die Abtragung der Epiglottis hält Verf. nur bei isolirter Affection der Epiglottis für angezeigt; er verwendet dafür das Alexander-sche Instrument.

FINDER.

100) **F. H. Rivero** (Puerto Rico). **Beitrag zur Therapie der Kehlkopftuberculose. (Contribucion el estudio terapeutico de la tuberculosis laringea.)** *Revista Espanola de Laryngologia. Juli/August 1911.*

Verf. glaubt an die Heilbarkeit der Kehlkopftuberkulose in der ersten Periode einfach durch hygienische Behandlung, zu der in der zweiten Periode noch Ignipunctur oder Curettage hinzukommt.

TAPIA.

101) **Francis Harbitz** (Christiania). **Casuistik über Angioneurosen; 1. Acutes paroxystisches Oedem mit tödtlichem Verlauf — auf hereditärer Basis.** *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1911.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des Obduktionsbefundes eines 20 Jahre alten kräftigen Matrosen, der einen Anfall von acutem Larynx-Lungenödem erlag. Anamnestisch interessant ist, dass eine Reihe Familienmitglieder gleichfalls an periodisch auftretenden Anfällen von Oedemen im Gesicht oder an den Extremitäten leiden, und dass der Vater und Grossvater des Verstorbenen — beide gesunde Leute — plötzlich in den vierziger Jahren starben, der Vater im Lauf von 4 bis 5 Stunden unter Symptomen von Larynxödem. Anschliessend erörtert Autor die einschlägige Literatur und die Pathogenese dieser Erkrankung, die zweifellos als Angioneurose aufzufassen ist.

HECHT.

f. Schilddrüse.

102) **Bircher** (Aarau). **Weitere histologische Befunde bei durch Wasser erzeugten Rattenstrumen und Kropfherzen.** *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. 112. Bd. 1911.*

Mehrere Thatsachen sprechen dafür, dass das Kropfagens ein Colloid ist. Das Kropfherz kann nicht als Thyreotoxicose oder Hyperthyreose aufgefasst werden.

SEIFERT.

103) **Burt R. Shurly. Erscheinungen seitens der Schilddrüse in den oberen Luftwegen. (Manifestations of thyroid disease in the upper respiratory tract.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Verf. bespricht die Störungen seitens der oberen Luftwege, die bei Morbus Basedow und Myxödem, besonders bei den atypischen Formen dieser Erkrankungen, vorkommen, Veränderungen der Articulation und Stimme bei Myxödem, bei schweren Formen dieser Krankheit Blutungen aus Zahnfleisch, Nase, Hals, ferner Athembeschwerden bei geringen körperlichen Anstrengungen. Dyspnoe bei Basedow ist eine Späterscheinung, gewöhnlich verbunden mit myocarditischen oder andern Veränderungen am Herzen.

Verf. hat gewöhnlich als eins der Frühsymptome von Myxödem eine eigenthümliche Infiltration der Nasenschleimhaut beobachtet; später wird die Schleimhaut dicker und die Nase verlegt durch eine gelatinöse, wächserne oder gelbliche Absonderung. Auch Pharynx und Larynx können eine blasse, gelbliche Farbe haben, die Inter-arytänoid-Falten können transparent sein.

Die Trockenheit und Schwellung der Schleimhaut werden am besten durch Lecithin oder Phosphor bekämpft.

EMIL MAYER.

104) **Züllig** (Arbon). **Ueber Papillome der Schilddrüse.** *Berner Dissert. Verlag G. Reimer, Berlin 1910.*

Diese Papillome erreichen Grössen von 4—11 cm Durchmesser. Alle zeigen grössere und kleinere Hohlräume, von deren Wänden kleinere Papillome complicirter Structur ausgehen. Die letzteren sind im basalen Theil oft blattartig verbreitert und verwachsen später unter einander. Die grossen Papillome bilden oft solide Geschwülste, zeigen aber nicht selten Hang zu Metastasen und Verwachsungen, also bösartigen Charakter. Langhans, unter dessen Leitung diese Untersuchungen gemacht wurden, hat viel zur Kenntniss dieser Geschwülste beigetragen.

JONQUIÈRE.

105) **Jaboulay** (Lyon). **Kropf mit Lähmung des Halssympathicus. (Goitre avec paralysie du sympathique cervical.)** *Lyon Médical. 1. Oktober 1911.*

41jährige Frau mit grossem rechtsseitigen Kropf, Verkleinerung des Lidschlitzes, Verengerung der Pupille, vaso-dilatatorische Erscheinungen auf der Gesichtshaut der betreffenden Seite. Die einseitige Thyreodectomie brachte die einseitige Lähmung zum Verschwinden.

GONTIER de la ROCHE.

106) **Wrede** (Jena). **Tetanie nach Strumaoperation.** *Corresp.-Blatt des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 12. 1911.*

Im Anschluss an die Mittheilung eines einschlägigen Falles, in welchem sich die tetanischen Erscheinungen am Tage nach der Operation gezeigt hatten, erörtert Verf. den derzeitigen Stand der Auffassung der Tetanie als eine Folge der Schädigung der Epithelkörperchenfunction.

SEIFERT.

107) **Beljaerd. Zur Frage der Veränderung des Blutes bei der Basedow'schen Krankheit und Struma. (Kwoprosu ob ismeninii krowi pri Basedowoi bolesni i pri sobe.)** *R. Wratsch. p. 255. 1911.*

B. kommt auf Grundlage seiner Versuche zu dem Resultat, dass die Veränderungen im Blute bei der einen wie bei der anderen Krankheit fast dieselben sind.

P. HELLAT.

108) **Kocher** (Bern). **Ueber Basedow.** *Arch. für klin. Chir. 96 Bd. 2. H. 1911.*

Unter den Gelegenheitsursachen, die den häufigsten Anstoss zu einem acuten Auftreten von Basedow-Symptomen geben, spielen übermässig heftige Aufregungen und unzweckmässige Jodzufuhr eine grosse Rolle.

Frühzeitige Operation ist zu empfehlen, die Kocher an 535 Basedowfällen 721 mal ausgeführt hat. Die Operation wird contraindicirt durch Nephritis oder Status thymicus.

SEIFERT.

109) **H. Alamartine. Der Basedowkropf und seine chirurgische Behandlung. (Le goitre exophtalmique et son traitement chirurgical.)** *Dissert. Lyon 1910.*

Noch vor einigen Jahren haben die Aerzte Frankreichs, auch die Chirurgen, in ihrer übergrossen Mehrzahl den Basedow als eine Krankheit betrachtet, die ausschliesslich durch innere Mittel zu bekämpfen ist. Aus der vorliegenden Arbeit geht nun hervor, dass jetzt auch die operative Therapie mehr Berücksichtigung findet. Die 275 Seiten lange Dissertation ist ein Sammelreferat, in dem auch die Arbeiten deutscher und schweizerischer Autoren volle Berücksichtigung finden. Auch darf lobend erwähnt werden, dass im Gegensatz zu vielen französischen Dissertationen die Namen und die Titel der deutschen Autoren ohne Fehler wiedergegeben werden.

OPPIKOFER.

g. Oesophagus.

110) **A. Lotz. Ueber die congenitale Atresie der Speiseröhre.** *Dissertation. Giessen 1910.*

Es handelte sich bei den 8 Fällen — 3 derselben sind bereits an anderer Stelle publicirt worden — um diejenige Entwicklungshemmung der Speiseröhre, bei welcher das obere Ende mehr oder weniger tief blind endigt, während der untere Theil mit dem Lumen der Trachea communicirt.

OPPIKOFER.

111) **F. Bönning. Beitrag zur Symptomatologie und Therapie der congenitalen Pylorusstenose beim Säugling.** *Dissert. Marburg 1910.*

Es giebt eine angeborene graduell verschiedene Pylorusstenose, nämlich die hypertrophische und die spastische Form. Höchstwahrscheinlich treten sehr häufig

Mischformen dieser beiden Arten von Pylorusstenose auf. Die spastische Form der Pylorusstenose, sowie die Zwischenformen zwischen spastischer und hypertrophischer Form geben ein dankbares Feld für die innere Therapie ab. Mittheilung von 4 eigenen Beobachtungen.

OPPIKOFER.

112) **Lexer** (Jena). **Divertikel der Speiseröhre.** *Corresp.-Blatt d. allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 12. 1911.*

Bei einem 63jährigen Manne zeigte das Röntgenbild (Wismuthbrei geschluckt) einwandsfrei das Vorhandensein eines grossen länglichen Sackes mit typischem Sitze. Die Spitze des Divertikels ragte bis zur Höhe der 2 Rippe. Operation. Heilung.

SEIFERT.

113) **Lötscher** (Doppelschwand). **Ein Beitrag zur Pathologie des Oesophaguscarcinoms.** *Dissert. Verlag Leemann u. Cie. Zürich 1910.*

93 Fälle aus der Züricher Klinik 1881—1909. 85 Männer, 8 Frauen, ein Verhältniss, das sich auch aus vielen anderen Statistiken ergiebt. Ursache nicht aufgeklärt. Die Localisation der Fälle weitaus vorwiegend in den zwei unteren Dritttheilen der Speiseröhre. Perforationen in die Respirationsorgane 24mal, Metastasen in fast allen Organen, am häufigsten in die Lymphdrüsen um den Oesophagus und die Bronchialäste herum, in die Mediastinaldrüsen. Lähmungen des N. recurrens in 11 pCt., des N. sympathicus colli in 15 pCt. der Fälle, welch letztere fast immer Verengerung der linken Pupille zeigten. Eine ausführliche Arbeit.

JONQUIÈRE.

114) **R. Botey. Münze im Oesophagus; Extraction mittels des modificirten Kirmisson'schen Münzenfängers. (Un sou enclavé dans l'oesophague etc.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 24. 1911.*

Das Instrumentarium ist theuer und die Technik ist schwer: Deshalb hält Botey die Oesophagoskopie nicht für einen Fortschritt. Er empfiehlt zur Extraction von Münzen aus der Speiseröhre seinen Münzenfänger, der eine, wie es scheint, glückliche Modification des bekannten und viel gebrauchten Münzenfängers von Kirmisson ist. Der grosse Nachtheil dieses Instrumentes ist sein Volumen am distalen Ende, das von Botey modificirt worden ist, und die Möglichkeit, sich hinter dem Ringknorpel zu verankern, wogegen das Botey'sche Instrument ebenfalls schützt.

LAUTMANN.

115) **Guisez. Bemerkungen über unsere letzten Fremdkörperfälle des Oesophagus und der Luftwege und namentlich über die endoscopische Behandlung ihrer Complicationen. (Reflexions à propos de nos derniers cas de corps étrangers oesophagiens et trachéobronchiques et en particulier de la thérapeutique endoscopique de leurs complications.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVII. No. 4.*

Es wurden die Krankengeschichten von 24 Fremdkörpern des Oesophagus und 9 Fällen von Fremdkörpern der Trachea und der Bronchien mehr oder weniger ausführlich mitgetheilt. Zur Oesophagoskopie bedient sich Guisez seiner eigenen Rohre, die breiter als die Brünings'schen Rohre und namentlich wegen des ova-

leren Durchschnittes das Verkennen des Fremdkörpers nicht so leicht machen und für die Extraction entschieden vortheilhafter sind. Eine ganze Reihe von neuen Extractionsinstrumenten wird beschrieben (Zertrümmern von Knochen, von Gebissen, ausdehnbare Tuben, die das Umfassen des Fremdkörpers ermöglichen etc.). Guisez hat wiederholt Abscesse des Oesophagus im Gefolge von Fremdkörpern zu behandeln gehabt. Was die Fremdkörperfälle der Bronchien anlangt, so hat Guisez in sämmtlichen Fällen den Fremdkörper extrahiren können. Es handelte sich sogar einmal um ein Federmesser von 7 cm Länge, das aus dem rechten Bronchus eines 4jährigen Kindes extrahirt worden ist. Im Allgemeinen ist es nicht nöthig, die untere Bronchoskopie zu machen, um den Fremdkörper hervorzuholen, ausser wenn derselbe sehr gross ist, oder zu rauh ist und endlich, wenn es sich um Kinder unter 2 Jahren handelt. LAUTMANN.

116) **De Sojo** (Barcelona). **Ueber die Einkeilung von Fremdkörpern im Oesophagus und ihre Entfernung durch die Oesophagoskopie. (Del enclavamiento de cuerpos extranos en el esofago y su desenclaviamento por esofagoscopia).** *La Oto-Rino-Laringologia. No. 1.*

Der durch die Fremdkörper bewirkte Traumatismus und der dadurch hervorgerufene Spasmus sind die hauptsächlichen Ursachen der Einkeilung. Verf. verwendet Cocaïn-Adrenalin zur Beseitigung des Spasmus, dilatirt mit der Tube. Für die Entfernung der spitzen Fremdkörper bedient er sich der Instrumente von Weiss. TAPIA.

117) **H. Arrowsmith. Kragenknopf in der Speiseröhre eines Kindes. (Collarbutton in the esophagos of a child.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Der Fremdkörper hatte bei einem 3jährigen Kinde 10 Monate lang in der Speiseröhre gesessen. Das Kind war in einer sehr elenden Verfassung, als zur Oesophagoskopie geschritten wurde; bevor jedoch die Narkose vollendet war, starb das Kind. Es stellte sich heraus, dass der Knopf zum Theil in die Trachea hineinulcerirt und von einer dicken cystösen Wand umgeben war. EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Herausgegeben von Katz, Preysing und Blumenfeld. Verlag Kabitzsch. Würzburg 1911. I. Bd. 1. Hälfte. Lief. 6 u. 7-8 und I. Bd. 2. Hälfte. Lief. 1.

Die sechste Lieferung enthält die topographische Anatomie des Gehörorgans von Stenger und des Mundrachens von Sobotta, die wieder mit einer Reihe schöner und instruktiver Abbildungen versehen ist. Er bespricht in einzelnen Kapiteln die Topographie der Mundhöhle, die Schlundenge und den Schlundkopf.

Die erste Lieferung der zweiten Hälfte des ersten Bandes beginnt mit der Behandlung der Stenosen, dessen Bearbeitung dem auf diesem Gebiete besonders erfahrenen Pieniazek anvertraut worden ist.

Nach einer Einleitung kommt er zuvörderst zur Besprechung der Verengerungen der Nase und des Nasenrachens. Die Operation der Stenosen des Naseneinganges sowie der Verwachsungen des Velum mit der hinteren Rachenwand scheinen P. günstigere Resultate gegeben zu haben, als anderen Autoren. Ebenso ist mir die günstige Prognose, die er den Verwachsungen des Zungengrundes mit der hinteren Rachenwand stellt, auffällig, da nach meinen Erfahrungen die Excision der Membranen sehr schwierig, oft fast unmöglich ist und trotzdem sehr bald wieder eine Verengerung eintritt.

Es folgen dann die Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre. Nach einer Einleitung bespricht Verf. die Traumen derselben und dann die Dilatation bei Nichttracheotomirten und die Stenosenbehandlung mittelst oberer Tracheo- und Bronchoskopie. Bei den Trachealstenosen erreicht er auf dem Wege der oberen Tracheoskopie mehr als durch Dilatation allein.

In einem besonderen Kapitel redet er der bronchoskopischen Behandlung des chronischen Bronchialasthmas das Wort. Die Intubation bei Kehlkopfdiphtherie hat gewiss seit der Einführung des Serums eine grössere Indicationsbreite erfahren, aber ob Verf. mit seiner Behauptung Recht hat, dass die Tracheotomie dabei nur selten in vernachlässigten Fällen oder bei Decubitus nach der Intubation nöthig ist?

Nach einer ausgezeichneten Darstellung der Technik und der Folgezustände der Intubation kommt P. auf ihre Indication zu sprechen; bei Scharlach- und Maserndiphtheroiden darf sie nur mit grösster Vorsicht angewendet werden, contraindicirt ist sie bei stärkeren Verengerungen des Rachens und bei stark geschwächtem Herzen. Sie findet andererseits ihre Anwendung zum Zweck der Dilatation von chronischen Stenosen, insbesondere solchen, die durch Schwellung der hypoglottischen Schleimhaut hervorgerufen sind, und auch bei Verengerungen in dem oberen Theil der Trachea, und hier wieder vorzugsweise bei den nach dem Decanulement auftretenden.

In dem Kapitel der Stenosen des Kehlkopfes bei Tracheotomirten bespricht P. die Verengerungen in der Gegend der Trachealfistel, dann die Dilatation von oben (Schrötter'sche Bolzen) und von der Trachealfistel aus (Dilatatoren, Tamponade, Metallbolzen, Drains, T-Canülen) und die operativen Eingriffe bei Kehlkopfstenosen Tracheotomirter, die vorzugsweise in der Laryngofissur bestehen. Die operativen Eingriffe in der Gegend der Trachealfistel und die Verengerungen im Bereiche derselben nach dem Decanulement beschliessen dieses Kapitel.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Verengerungen der Luftröhre und der Bronchien bei Tracheotomirten, für deren Behandlung die König'sche Canüle, die Schrötter'schen Bougies und Canülen und operative Eingriffe in Anwendung kommen.

Ich vermisse in der lehrreichen und auf Grund eigener grosser Erfahrungen aufgebauten Arbeit Verf.'s die Besprechung der Laryngostomie.

Diese Lieferung bringt noch als werthvollen Anhang einen reich mit Illustrationen versehenen Aufsatz von Prof. Port über Prothesen, dessen grösster Teil den Gaumen- und Rachenobturatoren gewidmet ist; zum Schluss werden die Obturatoren für die Oberkieferhöhle und der „Zungenersatz" besprochen.

Das V. von Sobotta ausgezeichnet dargestellte Kapitel beschäftigt sich mit der „Topographie des Halses und des Mediastinums“. Nach einer Besprechung der Anordnung der Musculatur des Halses beschreibt S. die Gefässe und Nerven und ihre Lagerung nach Schichten geordnet und giebt dazu eine Reihe schöner instruktiver bunter Tafeln, die in den Text eingefügt und nicht, wie dies so oft geschieht, am Schluss angebracht sind, so dass das lästige Umschlagen erspart wird.

Es folgt die Besprechung der Halseingeweide und zwar des Kehlkopfes, der Trachea, des Oesophagus und der Schilddrüse, wieder mit Einfügung einer grösseren Zahl von Tafeln. Ein besonderes Kapitel ist den einzelnen Regionen des Halses mit Rücksicht auf die practisch-medicinische Bedeutung ihrer Inhaltsgebilde gewidmet.

Den Schluss bildet die topographische Anatomie des Mediastinums, deren Text durch Quer- und Frontalschnitte sowie andere Abbildungen in anschaulicher Weise erläutert wird.

Der Lymphgefässapparat des Kehlkopfes und des Halses ist vom Docenten August Most in Breslau bearbeitet, und zwar so, dass er die practisch wichtige Bedeutung derselben klar zum Ausdruck bringt. Er behandelt die Topographie der Lymphdrüsen an Kopf und Hals, die Lymphbahnen der Zunge, des Rachens, Kehlkopfes, der Trachea, des Oesophagus.

Ein besonders dem Anfänger und chirurgisch nicht vollkommen ausgebildeten Arzte sehr willkommenes Capitel beschäftigt sich mit den Grundzügen der Anästhesie, dessen erster Theil, „Grundzüge der allgemeinen Anästhesie“, in dem chirurgischen Docenten R. Haecker-Marburg seinen Bearbeiter gefunden hat. Er bespricht die Chloroformnarkose, ihre Vorbereitung und ihren Verlauf, und die Aethernarkose, die gefährlichen Zufälle derselben und ihre Bekämpfung und ihre Nachwirkungen. Bei der „Technik der Narkose“ empfiehlt er für die hier in Frage kommenden Operationen besonders die Schimmelbusch'sche Maske und den Braun'schen Mischapparat, für kurz dauernde Eingriffe den Aetherrausch. Es folgt die Besprechung der Narkose mittelst Trachealcanüle und die pulmonale Narkose mittelst peroraler Tubage, welch letzterer ich eine ausführlichere Abhandlung gewünscht hätte, da sie einmal für die hier in Frage kommenden Operationen von grosser Wichtigkeit ist und andererseits dem Anfänger nicht selten gewisse Schwierigkeiten bereitet.

Für die Halbnarkose empfiehlt sich die Combination der Chloroform- resp. Aethernarkose mit Morphium oder Skopolaminmorphium oder -Pantopon.

Für ganz kurz dauernde Narkosen kommen noch in Betracht das Stickoxydul, das Chlor- und Bromäthyl, von denen das letztere, mittelst des Camus'schen Apparates angewendet, entschieden das beste ist. Alle drei aber stehen dem Aetherrausch nach.

A. Rosenberg.



b) St. Clair Thomson. M. D.; F. R. C. P.; F. R. C. S. Diseases of the nose and throat comprising affections of the trachea and oesophagus. A text book for students and practitioners. 18 Plates und 294 figures in in the text. pag. XVI. 791. Cassell and Co., London 1911.

Obwohl der Verf. natürlich die Ansichten anderer Forscher nicht unberücksichtigt lässt, basirt dies Buch — und das ist sein Vorzug — im Wesentlichen auf persönlicher Erfahrung. Behandlungsarten und Operationsmethoden, die der Verf. nicht selbst anerkennt und ausübt, werden nicht berücksichtigt.

Das Buch ist in 11 Abschnitte eingetheilt.

Der erste Abschnitt behandelt Embryologie und Pathologie, giebt eine gedrängte Uebersicht über die wesentlichen Thatsachen, Untersuchungsmethoden und allgemeinen Symptome; es folgt ein Kapitel über Behandlung und die Operationsgefahren.

Theil II enthält die Allgemeinerscheinungen bei Nasenkrankheiten, „Erkältung", Epistaxis, Erkrankungen des Vorhofs, gewisse angeborne Abnormitäten, Verletzungen, die etwas zu kurz behandelt sind, Rhinitis und andere entzündliche Erkrankungen, Neurosen, Nasentumoren, Septumerkrankungen, Fremdkörper.

Der dritte Abschnitt über Nebenhöhlenerkrankungen ist 70 Seiten lang und ebenso wie die folgenden Capitel reich illustrirt.

Eine sehr ausführliche und klare Darstellung ist von der Killian'schen Radicaloperation der Stirnhöhle gegeben, auch die Methoden von Ogston und Kuhnt werden beschrieben; dagegen räumt der Verf. den Operationen an der Keilbeinhöhle nur einen Raum von 28 Zeilen ein.

Abschnitt VI handelt von den Erkrankungen des Nasenrachens, des Pharynx und der Tonsillen, die folgenden Abschnitte von denen des Larynx, der Trachea und des Oesophagus. In einem besonderen Abschnitt behandelt Verf. Tuberkulose und Syphilis der obereren Luftwege, anstatt diese Erkrankungen für Nase, Pharynx und Larynx gesondert zu betrachten.

Ein Verzeichniss nützlicher Receptformulare bildet den Schluss.

Jeder Leser dieses Buches wird zu dem Urtheil gelangen, dass er den Ausfluss einer ungewöhnlich grossen Erfahrung darstellt. Die zahlreichen Hinweise auf andere Autoren machen es zu einem sehr nützlichen Nachschlagewerk. Es stellt in seiner klaren Darstellungsweise mit den vielen ausgezeichneten Illustrationen ein vortreffliches Lehrbuch dar. Autor und Verleger können zu dem Werk beglückwünscht werden. P. Watson-Williams.

---

c) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

XXVII. Sitzung. 23. IV. 1911 zu Köln.

Anwesend 43 Mitglieder.

I. Blumenfeld (Wiesbaden): Die Tuberculin-Behandlung der Tuberculosen der oberen Luftwege bei Erwachsenen.

B. bespricht zunächst die hohe Bedeutung des Tuberculins in diagnostischer Beziehung bei Tuberculose der Nase und des Kehlkopfs in Bezug auf die All-



gemeinreactionen und schätzt seine Wirksamkeit besonders bei ulcerativen Processen. Auch geschlossene Infiltrate sollen specifisch behandelt werden, doch soll dafür Aufenthalt im Krankenhaus, Anstalten etc. verordnet werden. Immerhin ist das Tuberculin nur als Ergänzung der Localbehandlung anzuwenden, denn „die Kehlkopftuberculose, soweit sie überhaupt heilbar ist, ist als eine chirurgische Tuberculose im Sinne Volkmann's zu betrachten, d. h. als eine locale Tuberculose, die, so lange sie auf den Allgemeinzustand noch nicht in deutlich erkenntlicher Weise zurückgewirkt hat, noch der localen Entfernung fähig ist".

II. Simon (Aprath): Zur Anwendung des Tuberculins bei der Lungentuberculose unter Berücksichtigung des Kindesalters.

Die durch Tuberculin erzeugte milde Herdreaction bei localen tuberculösen Herden wirkt zweifellos günstig, doch ist mit Tuberculin keine Immunität gegen den Tuberkelbacillus zu erreichen: das Alttuberculin wirkt am gleichmässigsten. Für die Diagnose ist die cutane Methode die empfehlenswertheste. Bei Kindern liefert therapeutisch die in milder Form durchgeführte Sahli'sche Methode die besten Resultate, besonders bei Scrofulösen. Auch nach S.'s Ansicht kann das Tuberculin nur als Unterstützungsmittel des hygienisch-diätetischen Verfahrens in Betracht kommen.

S. erwähnt die wenig günstigen Resultate der Tuberculinbehandlung bei Lupus der Nasenschleimhaut und spricht sich für specifische Behandlung der Larynxtuberculose in geschlossenen Anstalten aus.

Discussion:

Meissen (Hohenhonnef) hat Tuberculin (besonders Alttuberculin Koch) in einer grossen Zahl von Fällen angewandt und spricht sich über die Resultate etwas skeptisch aus.

Preysing berichtet über 2 Fälle von äusserer und Spättuberculose (Tumoren in der Nase). Im ersteren Falle (70jährige Frau) wurde die Nase von aussen gespalten und eine grosse Geschwulst entfernt, die das knöcherne Nasengerüst vollständig durchbrochen hatte, ausgehend vom rechten Nasenbein mit Ausdehnung auf das Septum und die rechte mittlere Muschel. Der Verlauf war gutartig. Exitus nach einem halben Jahr an croupöser Pneumonie (unabhängig von dem Nasenprocess).

Im zweiten Fall (67jährige Frau) wurde durch Aufklappen der Nase ein grosser Tumor freigelegt, der die ganze linke Nase ausfüllte, das Septum durchbrochen hatte und der mittleren Muschel der rechten Seite auflag; das ganze linke Siebbein war auch von der Geschwulst angefüllt. Die Patientin wurde geheilt.

P. berichtet ferner über einen operirten Fall von Kehlkopf-Pharynx-Carcinom (Totalexstirpation des Kehlkopfes nach Gluck mit Resection von Epiglottis und Zungenbein und Entfernung der rechten Schilddrüsenhälfte, sowie der vom Tumor umwachsenen Vena jugularis. Exitus nach 6 Tagen an Herzschwäche.) Endlich demonstrirt P. noch das Präparat eines Carcinoms des

Mundbodens, ausgehend von der Glandula sublingualis. (Operation von aussen her durch Freilegen am Unterkieferrande.) 8 Wochen nach der Operation Wunde geheilt und kein Recidiv.

Discussion:

v. Eicken beobachtete in Freiburg einen grossen tuberculösen Tumor des Nasenrachenraums, der in die rechte Choane vorragte. Merkwürdiger Weise wurde nach einer Probepunction der wahrscheinlich am Septum inserirende Tumor bei einer Würgbewegung in toto ausgespuckt.

Bernd hat kürzlich einen von der mittleren Muschel links ausgehenden und die linke Nasenseite ganz ausfüllenden tuberculösen Tumor endonasal ausgeräumt.

Katz: Kurze Erörterungen zur submucösen Septumresection; Demonstration eines neuen Septummessers.

Discussion:

v. Eicken hält die ab und an nach der Resection vorkommenden Septumperforationen für bedeutungslos und ist der Auffassung, dass die Gefahren der submucösen Septumresection die anderer Nasenscheidewandoperationen nicht überwiegen.

Auf Vorschlag Moses' übernimmt v. Eicken ein Referat über obige Operation für die nächste Sitzung.

Kronenberg demonstrirt eine neue Canüle zur Anbohrung der Oberkieferhöhle vom unteren Nasengang aus.

Torhorst: Ein Fall von acuter Mittelohrentzündung, complicirt mit Extraduralabscess und mehreren Hirnabscessen.

Moses: Zur Casuistik der otogenen Grosshirnabscesse.

Falk: 1. Subdural- und Hinterhauptlappenabscess nach chronischer Ohreiterung.

2. Zwei Fälle von Labyrinthitis acuta serosa. (Aus der Knappschafts-Ohrenklinik Kattowitz.)

Moses.

---

d) I. Nordischer Oto-Laryngologen-Congress.

Kopenhagen, den 25. und 26. August 1911.

Der Congress war auf die Initiative von Prof. Mygind und auf Einladung eines Comités, bestehend aus Prof. Mygind, Prof. Schmiegelow und Dr. Jörgen Möller, ins Leben gerufen worden. Er war besucht von 28 Dänen, 5 Finnen, 7 Norwegern und 15 Schweden sowie einem Amerikaner, dem aus Dänemark stammenden Dr. Chr. Holmes aus Cincinnati. Präsident war Prof. Mygind, Schriftführer Dr. Jörgen Möller.



Es wurde beschlossen, eine Nordische Vereinigung für Oto-Laryngologie zu bilden, die u. a. für die Abhaltung eines Congresses in jedem dritten Jahre zu sorgen hat. Zum Vorsitzenden dieser Vereinigung wurde Prof. **Mygind** gewählt. Ausserdem wurden von jedem der 4 nordischen Länder drei Vorstandsmitglieder gewählt, nämlich für Dänemark **Schmiegelow**, **Kiär** und **Tetens Hald**, für Finnland af **Forselles**, **Zilliacus** und v. **Fieandt**, für Norwegen **Uchermann**, **Gording** und **Fleischer** und für Schweden **Holmgren**, **Kruuse** und **Lagerlöf**.

Ferner wurde ein nordischer oto-laryngologischer Literaturring zum Auswechseln von nordischen wissenschaftlichen Arbeiten gebildet, zu dessen Geschäftsführer man N. Rh. **Blegvad** wählte.

Der erste wissenschaftliche Punkt auf der Tagesordnung des Congresses war ein Referat, zu dessen Thema man die labyrinthären Leiden bei den Mittelohrsuppurationen gewählt hatte.

K. G. **Fleischer** (Kristiania): **Versuch mit Serum als Hämostaticum bei intranasalen Eingriffen.**

Der Gedanke, Serum als Hämostaticum anzuwenden, stammt von der Beobachtung, dass die Application von Blut eines andern Individuums auf eine Wundfläche die Blutung stillt. F. machte zunächst den Versuch, Serum local durch Application auf die blutende Stelle anzuwenden, aber dieses war auf die Blutung ohne Wirkung. Darauf wurde bei 14 Individuen, von denen man wusste, dass sie Neigung zu starker Blutung hatten, eine subcutane Injection von 10 ccm Pferdeserum versucht. 24 Stunden nach der Injection zeigte sich, dass die Coagulationszeit des Blutes um durchschnittlich $6\frac{1}{2}$ Minute herabgesetzt war; bei dem darauf folgenden operativen Eingriff in der Nase trat dann keine oder nur geringe Blutung ein, so dass eine derartige Injection mit Serum als Prophylacticum bei Patienten mit Neigung zum Bluten von Nutzen sein kann.

Tetens Hald (Kopenhagen): **Klinische Erfahrungen bezüglich der Anwendung von Hexamethylentetramin in der Otochirurgie.**

H. hat nachgewiesen, dass Hexamethylentetramin $^3/_4$ Stunde nach der Eingabe in der Cerebrospinalflüssigkeit gefunden werden kann, zuerst in einer Concentration von 1 : 20000 bis 1 : 50000, später abnehmend, bis 48 Stunden danach nichts mehr festgestellt werden kann. H. hat Hexamethylentetramin an 200 Patienten erprobt, an denen grössere operative otologische Eingriffe vorgenommen worden waren. H. concludirt, das Hexamethylentetramin bei otogener Meningitis zwar bei weitem nicht ein sicher wirkendes Mittel ist, dass ihm aber doch mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Wirkung bei dieser Krankheit zugeschrieben werden kann. Dosis: Bei Erwachsenen 1 g 4mal täglich, bei Kindern verhältnismässig weniger. Das Mittel darf der Nieren wegen nur wenige Tage hindurch verabreicht werden. Kann auch in gleicher Dosis wie per os und in derselben Concentration (1:150) subcutan gegeben werden.

E. **Schmiegelow** (Kopenhagen): **Die chirurgische Behandlung der Laryngo-Trachealstenosen besonders mit Hülfe der translaryngealen Drainröhrenfixation.**

S. hat 50 Fälle von narbiger Stenose nach der Tracheotomie behandelt, die von einer Verdickung der Cart. cric. herrührte. Zuweilen genügt es, die Lage der Canüle durch eine tiefe Tracheotomie zu verändern; genügt dieses nicht, muss die Stenose direct in Angriff genommen werden. S. geht nun in folgender Weise vor: In der Narkose wird die Vorderwand der Strictur gespalten, das Narbengewebe excidirt, im oberen Theil der Trachea und in dem Larynx wird eine dickwandige Drainröhre angebracht, die mit einem Silberdraht durch die Cart. thyreoid. fixirt und mehrere Monate liegen gelassen wird, bis die Stenose behoben ist. Während der Behandlung trägt der Patient keine Canüle, sondern respirirt durch die Drainröhre. S. hat auf diese Weise 5 Patienten mit gutem Resultat behandelt.

Discussion:

Uchermann empfiehlt die Spaltung der stenosirten Partie und die retrograde Ausblockung der Trachealfistel. Im Falle von Larynxstenose mit Medianstellung der Stimmlippen könnte man die Arytaenoidectomie versuchen, ebenso wie man dies bei Pferden thut.

Af Forselles hat eine Trachealstenose mit der Einlegung einer Drainröhre geheilt, die mit Drähten an der Trachealcanüle fixirt wurde.

R. Gording (Christiania): Anatomische Untersuchungen der Duct. naso-frontales und die Lage der Ostien im mittleren Nasengange mit besonderer Berücksichtigung des secundären Antrumempyems.

G. hat 65 Präparate untersucht. Von diesen lag bei 41 das Ost. front. derart, dass Eiter von dem Sinus front. in das Infundibulum hinabgelangen würde, während er in 20 Fällen vor diesem hinabkommen würde. Das Secret aus der Bulla ethm. wird in der Regel direct den Weg in den Meat. med. hinabnehmen, während dasjenige aus den übrigen Siebbeinzellen des Meat. med. in das Infundibulum hinabgelangt. Darauf wird der Bau der Duct. naso-front. eingehend besprochen.

L. Mahler (Kopenhagen): Die transmaxilläre Behandlung von Nasenrachenfibromen.

M. berichtet über drei Fälle von Nasenrachenfibrom, die Schmiegelow nach der von Denker und Löwe angegebenen Methode operirt hat. Die Narcose wird durch Kuhn's perorale Intubation administrirt. Zunächst wird Decorticatio faciei ausgeführt durch Schnitt in die Sulc. alveolo-lab. und Incision durch das knorpelige Septum längs des Bodens der Nasenhöhle. Die auswendige Wand der Nasenhöhle (Concha inf., Apertura piriformis und ein Theil der Wand des Oberkiefers) wird entfernt. Man erhält dadurch einen breiten Zugang zu den Choanae und dem Nasenrachenraum, so dass man die Geschwulst und ihren Insertionsort beseitigen kann, welcher nach Jacques' Behauptung nicht der Nasenrachenraum, sondern die vordere Fläche des Corpus oss. sphenoid., also die Nase, ist. Man kann leicht die Hämorrhagie beherrschen, und es verbleibt keine äusserlich sichtbare Narbe.

Discussion:

Uchermann hat 5 Fälle von Nasenrachenfibrom nach der gleichen Methode operirt, die er befürworten könne, er wende dagegen nicht Kuhn's Intu-



bation an, da er der Ansicht ist, dass die Narkose auch in der gewöhnlichen Weise gut verläuft.

Holger Forchhammer (Kopenhagen): Erfahrungen über Lupus der Schleimhäute der oberen Luftwege und ihre Behandlung.

Unter den 1200 ersten Lupuspatienten von Finsen's Lichtinstitut in Kopenhagen hatten 62 pCt. Schleimhautlupus: 60 pCt. in Cavum nasi, 2,5 pCt. im Pharynx, 5 pCt. im Larynx. Bei den inveterirten Fällen ist es unmöglich zu sagen, ob Lupus in der Haut oder in der Schleimhaut entstanden ist, bei den initialen Fällen indessen zeigt es sich, dass die Hälfte aller Lupuserkrankungen in den Schleimhäuten entstand. Von den frischen Fällen entfielen 76 pCt. auf Frauen und 24 pCt. auf Männer. Dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern nimmt mit dem Alter noch zu; es ist selten, dass bei Männern über 25 Jahre Lupus incipiens zu sehen ist. Der Schleimhautlupus findet sich im Wesentlichen bei jungen Individuen, der reine Hautlupus meistens bei Kindern. Lungentuberculose findet sich bei 21 pCt. der Lupuspatienten, aber in doppeltem Maasse bei Patienten mit Schleimhautlupus als bei Patienten mit reinem Hautlupus. Spontane Heilung ist zuweilen bei Lupus im Pharynx zu beobachten, dagegen nicht bei Lupus in Nase oder Mund; im Larynx bildet die spontane Heilung die Regel. Die Behandlung bestand früher in Galvanokaustik und Jod-Jodkalium-Lösung; damit wurden 40—50 pCt. geheilt. Jetzt erreicht man mit Pfannenstill's Methode weit bessere Resultate.

Ove Strandberg (Kopenhagen): Behandlung des Schleimhautlupus nach Pfannenstill's Methode.

Zur Anwendung bei Lupus in der Nase hat S. Pfannenstill's Methode modificirt: In die Nasenhöhle werden 2 Mal täglich stärkefreie Gazetampons gelegt, die beständig mit Wasserstoffsuperoxyd feucht gehalten werden, indem der Patient sich selbst alle 10 Minuten eine 3 proc. Oxydollösung einträufelt. Gleichzeitig verabreicht man per os Natrium jodatum (3 g täglich). Der Tampon muss vom Arzte eingeführt werden und überall mit den erkrankten Schleimhäuten in genauer Berührung sein, und er muss die Nacht über liegen bleiben. Das Jodnatrium kann immer vertragen werden, und es sind im Grossen und Ganzen keine Nebenwirkungen zu beobachten. Es ist die Combination Jodnatrium + Oxydol, die die Wirkung ausübt, da Jodkalium allein keinen Einfluss auf Lupus cavi nasi hat. Oxydol allein kann wohl die lupösen Ulcerationen bald zum Verschwinden bringen, doch tritt sehr schnell Recidiv ein. S. hat im Ganzen 104 Patienten mit Lupus in der Nase nach Pfannenstill's Methode behandelt. Von diesen hat sich nur einer gegenüber der Behandlung refractär gezeigt, die anderen wurden theils geheilt, theils besserten sie sich sehr bedeutend, obgleich sich darunter sehr alte Fälle befanden, gegen die sich eine andere Behandlung als unwirksam erwiesen hatte. Ein Patient, der über 20 Jahre lang an Lupus in der Nase gelitten hatte und dieserhalb ohne Resultat behandelt worden war, wurde bei einer Behandlung von 3 Monaten ad modum Pfannenstill geheilt. Die Dauer der Behandlung ist 2—3 Monate.

N. Rh. Blegvad (Kopenhagen): Demonstration von Instrumenten.

N. Rh. Blegvad.

---

e) Laryngo-rhino-otologische Section der Warschauer med. Gesellschaft.

Sitzung vom 26. October 1911.

Vorsitzender: Meyerson.

A. v. Sokolowski demonstrirt einen Kranken, der im September 1910 zwei Injectionen von Salvarsan bekommen hatte. Damals war der Zustand sehr elend: Fieber, sehr erschwertes Schlingen, Inanition, tiefe Ulcerationen im Rachen und auf den Stimmbändern. Nach den Injectionen sind die Geschwüre vernarbt, der allgemeine Zustand ist bis jetzt blühend.

Szmuolo berichtete über 3 Fälle von Münzen in der Speiseröhre. In den ersten 2 Fällen wurden die Münzen sehr leicht mit dem Kirmisson'schen Haken entfernt. Im dritten Falle wurde das Oesophagoskop eingeführt, doch schlüpfte die Münze in den Magen. Sz. bevorzugt sehr den Kirmisson'schen Haken bei Entfernung von Münzen, da das Oesophagoskop nicht in allen solchen Fällen zu günstigen Resultaten führt.

In der Discussion erklärt sich Lubliner gegen den Haken; Dobrowolski wählt in solchen Fällen den Gräfe'schen Münzenfänger.

Oppenheim ist derselben Meinung wie Szmuolo und erzählt einen von ihm erlebten Fall, wo er mit dem Oesophagoskop neben der Münze bis zur Cardia schlüpfte. Nach der Oesophagoskopie zeigte das Röntgenogramm, dass die Münze noch in der Speiseröhre sich befand; später ging sie mit dem Stuhle ab. Münzen können lange ohne Schaden in der Speiseröhre verweilen.

Erbrich widerräth den Gebrauch des Gräfe'schen Münzenfängers als gefährlich, da es zuweilen sehr schwer ist, den Gräfe'schen Münzenfänger heraufzubekommen. Er gebraucht in solchen Fällen das Oesophagoskop.

Meyerson entfernte mehrere Münzen mit dem Gräfe'schen Münzenfänger, doch betrachtet er das Instrument als nicht ganz gefahrlos.

A. v. Sokolowski stellt Präparate von Angina Vincenti vor, die von einem schwerkranken Knaben entnommen wurden. Temperatur 39°; septischer Zustand. Der Fall endete günstig, doch mit oberflächlicher Gangrän eines Theiles der Mandel.

Sitzung vom 30. November 1911.

Vorsitzender: Meyerson.

Lubliner demonstrirt 1. einen Fall von Osteomyelitis maxillae sup. idiopathica bei einem 8jährigen Mädchen. Der Processus alveolaris rechts ist nekrotisch und bildet einen beweglichen Sequester. Der allgemeine Zustand der Patientin ist gut.

2. Einen 64jährigen Mann mit Gangrän der linken Gaumenmandel. Der Process besteht seit 3 Monaten. Gegenwärtig, nach Injection von Salvarsan, sieht man die Mandel nebst einem Theile des weichen Gaumens beinahe abgestossen; leider ist die Oberfläche der eliminirten Theile wieder mit gangränösen Massen bedeckt. Wassermann war schwach positiv. Die mikroskopische Untersuchung gab keinen Anhalt für bösartige Geschwulst.

In der Discussion hält Meyerson Lues nicht für ausgeschlossen; er hat mehrere Fälle von Gangrän gesehen und in dieser Gesellschaft mitgetheilt, doch waren die Verwüstungen nie so gross wie in diesem Falle.

Szmuolo stellt die Frage, ob wir es hier nicht mit einem chronischen Falle von Angina Vincenti zu thun haben.

3. Einen Fall von Laryngo-rhino-Sclerom bei einem 12jährigen Mädchen aus dem Kreise Siedlce.

Erbrich demonstrirt 1. einen Fall von Laryngo-Sclerom bei einer Kranken, der vor 2 Tagen Salvarsan in die Vene eingespritzt wurde. Der Fall wird nächstens zur Controle präsentirt werden.

2. Einen Kranken mit einer Geschwulst in der rechten Submaxillargegend. Die Krankheit datirt seit 2 Jahren; die Geschwulst schmerzt bei Palpation, bei Druck entleert sich Eiter auf dem Boden des Mundes; mit der Sonde fühlt man im Ductus Whartonianus einen Stein.

3. Einen älteren Mann mit Exophthalmus, erzeugt durch eine Geschwulst in der Nase, die alle Nebenhöhlen der Nase eingenommen hat. Das Röntgenogramm zeigt einen grossen Schatten in der Gegend der rechten Highmorshöhle und deren Grenzen vollständig verwischt.

4. Einen 40jährigen Mann mit einer rechtsseitigen Recurrenslähmung, bedingt durch ein Neoplasma mediastini, wie das Röntgenogramm es zeigt.

Oppenheim stellt einen älteren Mann mit einem Choanalpolypen vor. Der grosse Polyp füllt beinahe den ganzen retro-pharyngealen Raum aus; in der Nase sieht man seinen schmalen Stiel im linken mittleren Nasengange zur Highmorshöhle ziehen.

Przygeda stellt eine 35jährige Frau mit einem Neoplasma mediastini vor. Die Geschwulst wölbt die hintere Wand der Speiseröhre vor und verhindert das Schlucken; foetor ex ore; mit der Sonde fühlt man in der Speiseröhre ein Hinderniss; Athembeschwerden sind nicht vorhanden.

Szmuolo zeigt Präparate von einem Neoplasma aus dem mittleren Nasengange und bezeichnet sie als Papilloma cylindricum.

Solche Geschwülste in der Nase sind sehr selten; sie stehen auf dem Grenzgebiete zwischen den gutartigen und bösartigen Neubildungen.

A. v. Sokolowski.

---

f) Verhandlungen der oto-laryngologischen Gesellschaft in Lemberg.

1. Sitzung vom 4. April 1911.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.
Schriftführer: Dr. Wieser.

1. Baracz: Ueber Sclerompolypen der Nase mit Demonstration von Präparaten.

Ref. bespricht die Erscheinungen und Behandlungsweise der Sclerompolypen in einem Falle, den er längere Zeit beobachtete. Der Kranke, ein 25jähriger Fass-

binder, erschien bei ihm im Jahre 1898 mit einer Verstopfung der linken Nasenhälfte, welche durch eigenthümliche polypenartige Auswüchse verursacht war. Trotz mehrmaligem Abtragens einzelner Stücke vergrösserten sich dieselben, so dass sie schon im Jahre 1899 aus dem Nasenloch herausragten, den linken Nasenflügel seitlich abdrängten und nach hinten in die Nasenrachenhöhle hineinwuchsen. Links bildete sich ausserdem auch Exophthalmus. Da der Kranke, der wegen gleichzeitiger Verdickungen im Kehlkopfe und in der Luftröhre an starken Athembeschwerden litt, eine radikale Behandlung verlangte, entschloss sich Ref. das sogenannte „Aushungern" der Neubildung vorzunehmen (Dawborn in New York 1898). Nach Unterbindung beider Carotides externae erfolgte eine Erweichung der Polypen, welche bakteriologisch und histologisch untersucht, als Scleromgewebe festgestellt wurden. Die Rückbildung war jedoch nicht vollständig, deshalb nahm B. im August 1899 die Ausschälung der Neubildungen, welche inzwischen bis zur Grösse eines Gänseeies herangewachsen waren, aus der Nase und der Nasenrachenhöhle vor, indem er die durch ihn modificirte Methode Fourneaux-Jordan anwendete. Wegen andauernder Athembeschwerden, die durch starke Schwellung im Kehlkopfe bedingt waren, musste Tracheotomie ausgeführt werden. Die Infiltrate in der Nase aber erneuerten sich bald wieder. Im September 1899 wurde Formalinlinlösung 2 : 1000 injicirt und im Jahre 1900 Elektrolyse angewendet, worauf die Schwellungen weicher wurden und zurückgingen. Dies dauerte jedoch nicht lange, so dass Ref. gezwungen war, im Jahre 1901 dieselben operativen Eingriffe zu wiederholen. Seit der Zeit regenerirte sich die Neubildung nicht mehr. Im Kehlkopfe wurden Schrötter'sche Dilatatoren angewendet. Zum Schluss gibt Ref. einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Scleroms, indem er die Ansicht ausspricht, dass die Therapie des Scleroms wahrscheinlich in der Zukunft den unzuverlässigen blutigen Weg verlassen wird. Eine theilweise Besserung habe er bloss nach Anwendung der Elektrolyse beobachtet und empfiehlt ausserdem die von A. Rydygier angegebene Röntgenbestrahlung.

II. Jurasz demonstrirt einen Fall eines einseitigen acuten Oedems des Kehlkopfes als unmittelbare Folge einer acuten Angina lacunaris auf derselben Seite.

Sitzung vom 6. und 27. Juni 1911.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.

Schriftführer: Dr. Wieser.

I. Wieser stellt den kranken Gendarmeriewachtmeister H. F. mit sensorischer Aphasie vor, der am 10. August 1910 von einem fahrenden Wagen herabgestürzt ist, bewusstlos blieb und das Bewusstsein erst nach einer Woche erlangte. Ueber die Details des Sturzes erfuhr er später von seinen Collegen. Nachdem er das Bewusstsein erlangt hatte, reagirte er nicht auf Rufe, hörte, aber verstand nicht die Worte, so dass er den Eindruck eines Tauben machte, es bestand auch durch kurze Zeit Doppelsehen. Bei der Untersuchung fand man, dass der Kranke das leiseste Flüstern und Rufen hört, dass er unarticulirte Laute wiederholt, aber die Umgangssprache nicht versteht, dass er gut liest, das Gelesene versteht, dass er gleichfalls gut schreibt. Vorgepfiffene Melodien wiederholt der

Kranke, verschiedene Militärsignale unterscheidet er ganz genau. Bei der weiteren Beobachtung stellte sich heraus, dass der Patient von einem ganzen Satze, der in seiner Gegenwart gesprochen wurde, nur zwei oder drei Worte verstanden hat, weil er erlernt hat, von den Lippen abzulesen und dass, wenn man hinter seinem Rücken sprach, er weder verstehen noch die gesprochenen Worte wiederholen konnte. Die Hörprüfung ergab: Der Kranke hört die continuirliche Stimmgabelreihe gut, es ist sogar eine Ueberempfindlichkeit des Hörnerven vorhanden, er hört die Flüster- und Umgangssprache, aber versteht sie nicht, hört die Uhr in der Entfernung von 20 cm, die Knochenleitung erhalten. Trommelfelle ohne besondere Veränderungen.

Die Krankheit beruht auf Zerstörung des Wernicke'schen Centrums und ist eine rein subcorticale sensorische Aphasie.

II. Wieser demonstrirt 12 Larven einer Schmeissfliege, die vor einem Jahre aus dem eiternden Ohre eines 3jährigen Kindes und 3 ebensolche Larven, die vor 3 Wochen bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde entfernt wurden.

III. Jurasz bespricht einen Fall von angeborener Nasendeformität bei einem 5jährigen Mädchen. Schon bei der Geburt des Kindes fiel die ungewöhnliche Nasenform auf, die breit und ganz platt war. Diese Form blieb bis heute. Von der Seite betrachtet, bemerkt man, dass der Nasenrücken von der Stirnfläche herab bei der Nasenwurzel eingebogen ist, um dann direkt in die Linie der Oberlippe und des Unterkiefers überzugehen. Die vorderen Nasenlöcher sind schmal und die Nasenathmung stark beeinträchtigt. Die Apertura piriformis ist tastbar und man bemerkt leicht das vollkommene Fehlen der knorpeligen Nasenscheidenwand bei schwach ausgebildeten Cartilag. laterales und alares. Im Naseninnern sind die Muscheln ohne Veränderungen, das Septum besteht aus beiderseitigen Schleimhautblättern ohne knorpelige Unterlage und ohne Perforation. In diesem Falle beruht die angeborene Deformität lediglich auf dem gänzlichen Fehlen des Nasenscheidewandknorpels. (Der Fall wird später ausführlich publicirt werden.)

IV. Baracz referirt über die Tonsillektomie und deren Indicationen in England und Amerika. Vor ungefähr 20 Jahren erdachten die Amerikaner eine neue Mandeloperation, nämlich die gänzliche Ausschälung der Tonsillen. Ihrer Meinung nach genüge die Tonsillotomie nicht, da das Organ, das nach Erfüllung seiner physiologischen Aufgabe zurückbleibt, zum Sammelpunkt für Mikroorganismen wird, die nicht nur locale Veränderungen, sondern auch eine allgemeine Infection hervorrufen können. Dank den Arbeiten der Chicagoer Otolaryngologen wie Casselberry, Josef Beck, Freer, Ingals, Robertson, Stein, Pynchon, Ballenger u. v. A. und dank ihren Vorträgen in der otolaryngologischen Section der letzten Congresse der American medical Association wurde nicht nur die Zahl der Indicationen für diese Operation vermehrt, sondern auch deren Technik mehr ausgebildet. Vor dem Besprechen der Indicationen und der Operationstechnik geht der Vortragende noch auf die Physiologie der Mandeln, auf die Ansichten über deren Function und die Verschiedenheit dieser Ansichten in Europa und den Vereinigten Staaten näher ein.

Nach Ansicht der Amerikaner erfüllen die Mandeln ihre Schutzthätigkeit nur bis zum 6. bis 8. Lebensjahre, um sie nachher zu verlieren. Wenn dann nach dem 6. bis 8. Lebensjahre die Mandeln nicht kleiner werden, sondern im Gegentheil an Volumen zunehmen, wenn in ihnen oder in ihrer Umgebung entzündliche Processe entstehen, dann müssen sie entfernt werden. Die Mandeln stellen nämlich keine Schutzorgane mehr dar, sondern Eingangspforten, durch welche mittelst der Lymphgefässe eine allgemeine Infektion des Organismus entstehen kann. Sie sind deswegen für viele Krankheiten des Kreislaufs-, Athmungs- und Nervensystems, sowie für Tuberculose, acuten Gelenksrheumatismus, Herzaffectionen, Nieren-, Blinddarmentzündungen u. A. verantwortlich. Nach Besprechung der anatomischen und topographischen Verhältnisse der Mandeln zählt Ref. die Krankheitsprocesse auf, die Indicationen zur völligen Mandelausschälung bilden: 1. Locale Veränderungen in den Mandeln, 2. Krankheitsveränderungen in der Umgebung der Mandeln. 3. Allgemeine Krankheitszustände.

ad 1. Tonsillitis lacunaris chron. mit acuter Exacerbation oder peritonsillären Abscessen, tuberculöse Veränderungen der Mandeln, Primäraffect der Mandeln, bösartige Geschwülste, acute Infection.

ad 2. Pharyngitis chron. Katarrh der Eustachischen Tube, die Vergrösserung der Halslymphdrüsen, Veränderungen in den Lungenspitzen, Bronchialkatarrhe bei Kindern.

ad 3. Acuter Gelenkrheumatismus mit Complicationen und Folgezuständen, wie Endocarditis, Myocarditis, Arteriosclerosis, Veränderungen des Blutes, wie Septicaemia chron. cum anaemia, Gastroenteritis, Nephritis parenchymatosa, Hepatitis, Pancreatitis, Veränderungen in speciellen Organen, wie Episcleritis und Keratoconjunctivitis. Contraindicationen bilden: Ein zu frühes Kindesalter, Status lymphaticus, Haemophilie, secundärer tuberculöser Process der Tonsillen, die Befürchtung eines Shocks, einer Blutung oder der Narkose. Diese Operation sollte immer im Krankenhause und vom geübten Chirurgen vorgenommen werden. Die Vorbereitung zur Operation beruht lediglich auf einer Reinigung der Mundhöhle durch desinficirende Spülungen. Der grösste Theil der Amerikaner operirt in allgemeiner Aether- oder Chloroformnarkose bei herabhängendem Kopfe oder in der Seitenlage. Bei älteren Personen wird die Mandel mit 10proc. Cocainlösung bepinselt und parenchymatös wird 1proc. Cocainlösung mit Zugabe von Adrenalin in die Tonsille und ihre Umgebung injicirt.

Was die Operationstechnik betrifft, sind sehr bedeutende Differenzen vorhanden. Man könnte vier Arten der Mandelausschälung unterscheiden. 1. ausschliesslich vermittelst der Scheeren (Cooper's oder anderer), 2. vermittelst eines Messers und specieller Scheere, 3. mit dem Finger, 4. mittelst eines Tonsillotoms event. nach vorhergegangener Benutzung von Messer und Scheere.

Blutungen können nach einer Mandelausschälung primär oder secundär auftreten und sowohl nach einer regelrechten als auch fehlerhaften (Ueberschreiten der Kapselgrenze) Operation. Die parenchymatösen Blutungen kann man (wenn sie nicht von selber stehen) durch länger dauernde Compression zum Stillstand bringen.

Sitzung vom 17. October 1911.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.

Schriftführer: Dr. Wieser.

I. Reinhold stellt einen Kranken mit einem halbwalnussgrossen, glatten, elastisch gespannten Tumor an der Zungenwurzel vor, den er für eine Cyste hält, und fragt an, ob hier eine Operation indicirt sei oder nicht.

In der Discussion glaubt Litwinowicz, dass hier auch an eine Struma zu denken wäre. Er beobachtete nämlich ein 5jähriges Kind mit ähnlich localisirtem Tumor, der sehr schnell zunahm und sich als Struma herausstellte. Durch dessen Entfernung trat Myxödem auf.

Jurasz hält den Tumor für eine Cyste und bemerkt, dass die Cysten an dieser Stelle vom Foramen coecum auszugehen pflegen. Was die Therapie betrifft, genügt eine blosse Punction nicht, vielmehr muss ein Theil der Cystenkapsel abgetragen werden. Die Ausschälung mit der ganzen Kapsel ist sehr schwierig.

II. Jurasz bespricht a) einen Fall eines Fremdkörpers im Bronchus. Die 40jähr. Kranke verschluckte sich im Mai d. J. beim Essen von Suppe; es erfolgte ein starker Hustenanfall, der in eine allmählich steigende Athemnoth überging. Die Kranke, die $^1/_2$ Jahr mit allen möglichen expectorischen und narkotischen Mitteln, dann wochenlang in Salzbrunn mit Inhalationen, pneumatischen Kammern u. A. behandelt wurde, stellte sich Anfangs October beim Vortragenden vor und bot das klinische Bild eines Asthma mit sehr heftigen Hustenparoxysmen dar. Die Untersuchung ergab eine verminderte Beweglichkeit des Brustkorbes rechts, dumpfen Schall unweit vom Sternum in der Breite einer Handfläche und starke Rasselgeräusche auf derselben Stelle. Subjectiv: Stechen, Husten, Athemnoth, allgemeine Schwäche. Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen: Breiter dunkler Schatten rechts vom Sternum. Die Bronchoskopie ergab einen weisslichen Fremdkörper, der 39 cm von den Zähnen entfernt in der vorderen Bronchuswand zu sehen war. Mit der Hakenpinzette entfernte J. einen über 2 cm langen und über 1 cm breiten, scharf geränderten Knochen, wonach alle Symptome verschwanden. Vortr. ist der Ansicht, dass in allen unklaren, obige Symptome aufweisenden Fällen die Bronchoskopie vorzunehmen sei.

b) Einen Fall von Bronchuslues. Ein 28jähr. Bahnassistent von Czernowitz kam in die Behandlung mit den Symptomen einer schweren Dyspnoe, die vor 8 Monaten begann. Vor 8 Jahren Lues, behandelt mit Hg und 3mal in Bad Hall. Vor einem Jahre ein Kopfausschlag und Schwellung der Halsdrüsen. Röntgenuntersuchung: Undeutlicher Schatten rechts vom Sternum. Wassermann positiv. Die Bronchoskopie ergab 29 cm von den Zähnen eine Stenose des rechten Bronchus, die von üppigen Granulationen herrührte. Die Entfernung der Granulationen wurde mehrmals vorgenommen und brachte eine bedeutende Besserung. Ein Fremdkörper war nicht zu finden. Der Kranke erhielt darauf 2 Salvarsaninjectionen und machte in Bad Rymanów (jodhaltiges Soolbad) eine Hg-Jodkur durch. Das Befinden des Kranken hat sich derart gebessert, dass er seine Beamtenthätigkeit aufnehmen konnte. Wassermann negativ.

c) Einen Fall einer Cyste des rechten falschen Stimmbandes. Diese Localisirung ist selten. Cysten kommen am häufigsten auf der Epiglottis vor, dann an den Rändern der Stimmbänder. Die Cyste erschien als rother, praller, kugeliger Tumor in der Grösse einer kleinen Kirsche, der Athembeschwerden und bedeutende Heiserkeit hervorrief. Mit der Aspirationsspritze wurde 1 ccm einer wässerigen durchsichtigen Flüssigkeit entleert, wonach der Tumor kleiner und weniger gespannt erschien. Als sich die Cyste nach 2 Tagen wiederum füllte, nahm Vortr. die galvanokaustische Spaltung des Tumors und eine intensive Aetzung der Höhlenwände vor. Der Kranke ist inzwischen vollständig geheilt worden.

Einen ähnlichen Fall beobachtete Jurasz in Heidelberg, wo ihm ein Kranker aus Davos mit einer Schwellung der Cartill. arythaen. aufsuchte. Man konnte an Tuberculose denken. Doch da keine Schmerzen beim Schlucken vorhanden waren, wurde die Schwellung mit einer Aspirationsnadel angestochen und reichliche klare Flüssigkeit herausbefördert. Die Schwellung nahm ab. Die Cystenhöhle wurde galvanokaustisch verätzt und der Kranke genas.

III. Reinhold berichtet von einem vor Jahren beobachteten Fall, in welchem eine goldene Zahnkrone beim Aufsetzen im Zimmer eines Zahnarztes plötzlich verschwand. Der Kranke glaubte sie aspirirt zu haben und liess sich laryngoskopisch — ohne Resultat — untersuchen. Die Röntgenstrahlen ergaben nichts Abnormes und doch wurde später die Krone (in Berlin) bronchoskopisch nachgewiesen und entfernt.

IV. Jurasz theilt mit, dass er in Krakau beim Congresse der polnischen Aerzte und Naturforscher die Angelegenheit einer Station für Skleromkranke berührt habe, damit man gemeinsam die Aetiologie und Pathogenese der Krankheit erforschen könnte.

Sitzung vom 21. November 1911.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.
Schriftführer: Dr. Wieser.

I. Jurasz berichtet von einem eben extrahirten Fremdkörper aus dem Kehlkopf. Eine Stecknadel war mit einem Ende in der hinteren Rachenwand eingespiesst, das andere Ende der verbogenen Nadel lag horizontal über der Plica interarytaenoidea im Kehlkopf im rechten Sinus Morgagni versteckt. Die Schwierigkeit der Extraction bestand darin, dass man nicht sehen konnte, wo die Spitze und wo der Knopf der Nadel war. Nach mühsamen Versuchen bei der stark nervösen Patientin gelang es zuletzt, die Verhältnisse aufzuklären und die Nadel zu extrahiren.

Discussion:

Zalewski sah einen ähnlichen Fall, wo eine Nadel, die Epiglottis durchbohrend, in der hinteren Rachenwand stecken blieb.

Zur Frage, in welchem Alter man noch ein Kind mit aspirirtem Fremdkörper laryngoskopiren kann, berichtet Jurasz, er habe noch in der Vorcocainperiode in Heidelberg einem 22 Monate alten Kinde einen Knochen, der im Kehl-

kopf parallel zu den Stimmbändern in der Glottis lag, laryngoskopirt und laryngoskopisch den Fremdkörper entfernt.

II. Jurasz: Vorstellung eines 13jährigen Knaben, bei dem nach Genuss von heissen Kartoffeln eine begrenzte Verbrennung der hinteren Larynxwand und eine leichte Schwellung des rechten Aryknorpels entstand.

III. folgt der administrative Theil der Sitzung.

Sitzung vom 13. Dezember 1911.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.
Schriftführer: Dr. Wieser.

I. Jurasz bespricht einen Fall einer gutartigen Neubildung im Nasenrachenraum. Am 4. November kam in seine Sprechstunde der 14jährige gut entwickelte Jüngling M. H. und klagte über rechtsseitige Verstopfung der Nase, Trockenheit des Halses und Räuspern. Nachts schnarcht der Pat. und athmet mit offenem Munde. Die Nase war frei, nur im Nasenrachenraume zeigte die Rhinoscopia posterior einen pflaumengrossen glatten Tumor, der grauweiss und durchschimmernd aussah und fast die ganze rechte Hälfte des Epipharynx ausfüllte. Das Gebilde war weich und einem Nasenschleimpolypen ähnlich. In der Meinung, es mit einem gewöhnlichen Polypen zu thun zu haben, der von den hinteren Nasentheilen stammend, durch die Choanen in den Nasenrachenraum herausgewachsen war, führte J. eine kalte Schlinge durch die rechte Nasenhöhle, um ihn auf diese Art zu entfernen. Doch trotz wiederholt ausgeführten Versuchen gelang es nicht, die Schlinge um den Tumor zu legen, jedes Mal glitt der Draht ab. In den folgenden Tagen wurde versucht, den Tumor durch den Mund zu entfernen, indem der weiche Gaumen mittels des Lindt'schen Hakens zurückgezogen wurde — doch auch dies führte zu keinem Resultate. Auf die theilweise Entfernung des Tumors sowie auf dessen galvanokaustische Behandlung wurde wegen grosser Empfindlichkeit des Kranken verzichtet. Nach 8tägigen vergeblichen Versuchen wurde der Kranke auf Wunsch nach Hause geschickt und sollte sich nach einer Zeit wieder vorstellen. Er kam auch am 5. Dezember, und als wieder das Umlegen der Schlinge unmöglich erschien, führte J. durch den Mund eine stumpfe Zange ein, fasste damit unter Controle des Spiegels den Tumor und riss ihn heraus. Die Blutung war unbedeutend. Durch die Untersuchung des Tumors und des Nasenrachenraumes wurden die Verhältnisse der Neubildung aufgeklärt:

Der Tumor sass nämlich mit einem dünnen Stiele versehen auf dem hinteren Rande der Nasenscheidewand und war rechts in der Nähe der Eustachi'schen Tubenmündung mit dem weichen Gaumen fest verwachsen. Dieser Tumor ist unzweifelhaft ein Schleimpolyp, was noch die mikroskopische Untersuchung zu bestätigen hat. Der Kranke befindet sich seither ganz wohl.

Dieser Fall ist deshalb interessant, weil reine Schleimpolypen im Nasenrachenraum zur Seltenheit gehören. J. bemerkt, er habe schon einen ähnlichen Fall beobachtet, operirt und veröffentlicht (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1901, No. 6). Bei dieser Gelegenheit demonstrirt Redner seltene, vom Epipharynx stammende gutartige Neubildungen aus seiner Präparatensammlung, insbesondere eine Tonsilla

pharyngea pendula (publicirt im Archiv f. Laryngol., Bd. XVI), ein Gebilde, das sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Fibrom herausstellte, das auf der Spitze den Bau eines Papilloms zeigte (Jurasz: Krankheiten der oberen Luftwege).

Zuletzt sprach Redner über die Operationsmethoden solcher Nasenrachentumoren im allgemeinen, besonders aber der Fibrome und der gefässreichen Fibroangiome und über deren Entfernung mittels der galvanokaustischen Schlinge.

---

g) XIV. Congress der Società Italiana di Laringologai, Otologia e Rinologia.

Rom, 26.—28. October 1911.

Vorsitzender: Prof. C. Poli.

Fortsetzung und Schluss.

A. Toti (Florenz): Demonstration der Dacryocysto-rhinostomie und der während sieben Jahren mit dieser Operation erzielten Resultate.

Die Demonstration findet in der Augenklinik statt, wo Toti die Operation an einem Patienten ausführt, nachdem er die Einzelheiten derselben auseinandergesetzt und die bei 80 Patienten erzielten Resultate erörtert hat.

Referat über Die Inhalationsbehandlung der oberen Luftwege.

v. Nicolai behandelt den physikalisch-mechanischen Theil des Themas. Nachdem er Angaben über die allgemeinen physikalischen Eigenschaften der flüssigen und gasförmigen Körper gemacht hat, bespricht er die verschiedenen in der Aerotherapie der Luftwege angewandten Methoden und theilt Versuche mit, die er gemacht hat, um das verschiedene Verhalten der Flüssigkeiten bei Wirkung der verschiedenen angewandten Energieen zu bestimmen.

Grazzi bespricht vom klinischen Standpunkt die an verschiedenen Orten (Salsomaggiore, Porretta, La Saxe, Wiesbaden) angewandten und dort von ihm studirten Behandlungsmethoden.

Mancioli hat seine Beobachtungen an vierzig Kindern gemacht, die eine Inhalationscur nach dem System Koerting gebrauchten. Er hat gefunden, dass bei Inhalation von jodsalzhaltigem Wasser sich Spuren von Jod im Urin nachweisen lassen, die Haematopoese sich bessert und man häufig eine schnelle Verkleinerung der Drüsenschwellungen constatiren kann. Nach M.'s Ansicht stellen die Trockeninhalationen ein sehr wichtiges neues therapeutisches Mittel dar, um Jod dem Organismus einzuverleiben und sind sie bei lymphatischer Diathese mit Erscheinungen im Nasenrachenraum sehr wirksam, ohne jedoch bei ausgesprochenen adenoiden Wucherungen die chirurgische Behandlung ersetzen zu können.

G. Gradenigo u. A. Stefanini (Turin): Neue Methode der Trockeninhalationen von Salzlösungen.

Mittels der von den Rednern angegebenen Methode erhält man bei jeder Temperatur einen trockenen Nebel, der aus Tröpfchen von $^1/_{1000}$—$^6/_{1000}$ mm besteht und in gleicher Weise mit positiver und negativer Electricität geladen ist.

Bonetti u. Debarbieri (Genua): Ueber einige Untersuchungen betreffend die Durchgängigkeit der Luftwege für trockene nach dem System Koerting dargestellte Nebel.

Aus ihren an Meerschweinchen vorgenommenen Untersuchungen folgern B. u. D., dass sich die nach dem System Koerting vernebelten Substanzen direct in krystallinischer Form bis in die Lungenalveolen nachweisen lassen, auch bei Thieren, die bisher nach analogen mit anderen Apparaten angestellten Versuchen für ungeeignet erachtet wurden. Die Grösse der Krystalle verringert sich allmählich vom Kehlkopf zu den Alveolen. Höchstwahrscheinlich vollzieht sich die Resorption der inhalirten Krystalle auf dem Lymphwege.

J. Saffraneck (Budapest) [mitgetheilt vom Vorsitzenden]: Der gegenwärtige Stand der Inhalationstherapie.

S. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Methoden und deren Anwendung bei den Krankheiten der oberen Luftwege. Seine Untersuchungen bestätigen die Versuchsergebnisse von Emmerich und Schrötter, dass mittels geeigneter Methoden auch flüssige Substanzen bis in die Alveolen gelangen können, wenn auch ein erheblicher Theil der Tröpfchen in den oberen Theilen der Respirationstracti sich niederschlägt.

Discussion:

Tommasi hat constatiren können, dass der mit der Methode Gradenigo-Stefanini erzeugte Nebel im Moment der Vernebelung wirklich trocken ist, dass aber die Salzcrystalle, da sie sehr hygroskopisch sind, sich schnell auflösen. Versuche, die er mit Vernebelung des Brunnens von Montecatini gemacht hat, berechtigen ihn zu der Ansicht, dass dieser bei gewissen chronischen Affectionen der oberen Luftwege ein werthvolles therapeutisches Mittel sei.

Ferreri (Rom): Ueber den Ursprung der Nasenrachenfibrome.

F. erinnert an einige frühere Untersuchungen von ihm betreffend das Bestehen eines Zusammenhanges zwischen der Entstehung von Nasenrachenfibromen und Veränderungen in der Structur des Rachendachs, die von Störungen der Hypophysis abhängig sind.

A. Canepele (Bologna): Nasenrachenfibrom; Moure'sche Operation; Heilung.

12jähriger Knabe; das Nasenrachenfibrom sandte einen Fortsatz in die linke Nase und inserirte in der Keilbeinhöhle. C. operirt nach der Moure'schen Methode, die er in diesen Fällen für empfehlenswerth hält, da sie einen leichten Zugang gewährt zu der Ursprungsstelle des Tumors unter Schonung der Mund- und Orbitalhöhle.

Rugani (Siena): 1. Ueber die Erscheinungen des Pemphigus in Mund und Nasenrachen.

Bericht über den Fall eines 40jährigen Mannes, bei dem die Erkrankung zuerst auf die Mund- und Rachenschleimhaut localisirt war und sich dann auf die Conjunctiva und die Haut ausbreitete. R. hält den Pemphigus für eine

Angioneurose in wahrscheinlicher Verbindung mit einer Functionsstörung irgendwelcher Drüsen mit innerer Secretion.

2. Vasomotorische Störungen in Nase und Rachen sympathischen Ursprungs.

R. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung, welche das sympathische Nervensystem für den Trophismus der Schleimhaut und den Drüsenchemismus derselben hat, um die Fälle zu erklären, in denen ein subjectives Gefühl von Trockenheit im Rachen, Fehlen von Nasensecretion, Kopfschmerzen bestehen. Die objective Untersuchung zeigt eine Hyperämie und Trockenheit der Nasen- und Pharynxschleimhaut. Die locale Therapie hat fast niemals einen Erfolg; Redner empfiehlt in diesen Fällen eine Bromcur.

Della Vedova (Mailand): Die Entfernung von Tumoren des Isthmus faucium oder der Zunge mit Incision und gleichzeitiger Naht.

V. empfiehlt und demonstrirt eine Methode, wonach vor der Excision der erkrankten Theile eine Naht angelegt wird, wodurch Hämorrhagien vermieden und die postoperative Behandlung erleichtert wird.

Rugani (Siena): Experimenteller und klinischer Beitrag zum Studium der Secretionsveränderungen der Speicheldrüsen.

R. berichtet über eine Serie von Thierexperimenten und von klinischen Beobachtungen, die zu der Annahme berechtigen, dass die Speicheldrüsen eine innere für den Organismus nützliche Secretion haben.

Egidi (Rom): Nichtchirurgische Behandlung der malignen Kehlkopfgeschwülste.

Bericht über zwei Fälle von malignen Tumoren des weichen Gaumens und des Larynx, bei denen durch Injectionen von Substanzen, die aus den Zellelementen erhalten waren, nach der Methode Fischer's, in einem Fall eine andauernde Heilung, im andern eine überraschende Besserung mit Aufhören der schweren Erscheinungen der Pharynxstenose erzielt wurde.

Biaggi (Mailand): Aetiologie des Stridor laryngis congenitus.

Auf Grund einer klinischen Beobachtung glaubt sich Ref. zu der Annahme berechtigt, dass der Stridor hervorgerufen sei durch Vibration der Stimmbänder in der Athmungsphase. Diese Vibration hängt von einer Incoordination der Athem- und Stimmbandbewegungen ab, die durch Entwicklungshemmung der nervösen Centren bedingt ist.

Calamida (Milano): Rheumatische Arthritis crico-arytaenoidea.

In einem Fall war das erste rheumatische Symptom eine Affection des Crico-Arytaenoidgelenks, die in völlige Heilung ausging. In einem andern Fall, in dem der Rheumatismus ein sehr schwerer und chronisch verlaufender war, ist die Gelenkaffection permanent geblieben und hat zu einer Anchylose geführt.

Canepele (Bologna): Ueber die klinische Diagnose des Scleroms.



Nach C. ist das Sclerom auch in Italien nicht selten. Er hat in den letzten zehn Monaten acht Fälle beobachtet. Als wichtige Symptome bezeichnet er: Die Verengerung der Choanen, die Brücken im Nasenrachenraum, das Fehlen der Uvula, die Verziehung der Gaumenbögen, die trichterförmige Verengung der Glottis und der Trachealtumor.

Gavello (Turin). Kehlkopftuberculose. Tracheotomie.

In einem Fall von Kehlkopftuberculose mit leichten Lungenveränderungen hat Verf. wegen drohender Erstickungsgefahr Tracheotomie machen müssen. Nach drei Jahren war der Zustand des Larynx ein guter, jedoch bestand die Stenose noch, da sich ein Narben-Diaphragma gebildet hatte; es wurde daher eine Laryngostomie gemacht, um den Patienten von der Canüle zu befreien und die Trachealwunde durch eine Plastik geschlossen.

Lualdi (Mailand): Acute perilaryngeale Phlegmonen.

L. berichtet über zwei perilaryngeale Phlegmonen, beide tonsillären Ursprungs, die zu schweren klinischen Erscheinungen führten; im ersten Fall wurde von einem Chirurgen eilig die Tracheotomie gemacht, im zweiten wurde auf suprahyoidalem Wege operirt. L. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Nothwendigkeit einer exacten Diagnose.

Borghaggiani (Livorno): Ueber einige Fälle von linksseitiger Recurrenslähmung infolge Aneurysma.

Bericht über 7 Fälle von Aortenaneurysma, in denen die Diagnose aus dem laryngoskopischen Befund gestellt, durch die Röntgenuntersuchung und in einigen Fällen durch die Section bestätigt wurde.

Poli (Genua): Der Kehlkopf in einem Fall von Paralysis agitans.

62jähriger Mann, bei dem vor 5 Jahren die ersten Erscheinungen einer Paralysis agitans sich zeigten. Seit einigen Monaten hat sich die Sprache verändert und ist fast aphonisch. Interessant ist, dass man für kurze Zeit die Stimme des Patienten dadurch wieder herstellen kann, dass man rhythmische Bewegungen mit seinen oberen Extremitäten macht, wie bei der künstlichen Athmung. Die laryngoskopische Untersuchung zeigt, dass die Bewegungen der Stimmbänder sich in normaler Weise vollziehen. P. erklärt die Aphonie als Effect einer progredienten Rigidität der Athemmuskeln.

Calamida (Mailand): Fremdkörper der oberen Luftwege und des Oesophagus.

Vier Fremdkörper der Trachea, von denen drei durch Tracheotomie entfernt wurden, einer per vias naturales ausgestossen wurde. Zwei Fremdkörper im rechten Bronchus, von denen der eine mittelst unterer Bronchoskopie entfernt wurde, der andere kam zum Tode, indem der bereits ergriffene Fremdkörper (Bohne) in den linken Bronchus fiel. Bei der Section fand sich eine Atelectase der rechten Lunge. Unter den Fremdkörpern des Oesophagus sei ein Cravattenhalter erwähnt, der bei einem 11 Monate alten Kind unterhalb des Ringknorpels sass und mit der Zielmann'schen Zange entfernt wurde.

Torretta (Genua): Subglottischer Abscess.

Es bestand Larynxstenose infolge einer subglottischen Anschwellung in der vorderen Commissur. Dieselbe wurde per vias naturales incidirt, wobei sich viel Eiter entleerte. Man erkannte in der Folge, dass der Abscess von dem vereiterten mittleren Schilddrüsenlappen herrührte.

Rugani (Siena): Aphasie bei epidemischer Parotitis.

29jähriger Mann, bei dem sich auf eine Parotitis Aphasie und Lähmung der rechten oberen Extremität einstellte. R. erklärt dies durch Zellveränderungen toxischer Natur in den entsprechenden Nervencentren.

Torretta (Genua): Cyste und Fistel des Canalis thyreoglossus.

Bericht über zwei Fälle von Cysten des Canalis thyreoglossus, von denen der eine charakterisirt war durch eine Schwellung am Mundboden in Folge Bildung eines gestielten Cystensackes, der von aussen operirt wurde, der andere durch eine Cyste mit Fistelbildung in der subhyoidalen Region. Die histologische Untersuchung ergab in beiden Fällen in der Cystenwand eine continuirliche Schicht von lymphatischem Gewebe mit Follikeln und Inseln aus flimmerndem Cylinderepithel.

Torretta: Beitrag zur Plastik der Trachea.

Bei einem 72jährigen Individuum, das seit mehreren Juhren eine Trachealcanüle trug, excidirte T., nachdem die Durchgängigkeit des Larynx festgestellt war, den musculären Narbentrichter und nähte die gesunden angrenzenden Gewebsschichten in drei Etagen. Heilung.

Masini (Genua): Behandlung der Kehlkopfpapillome mittels Calciummagnesia.

Fall einer Dame, die seit 25 Jahren wegen Papillome operirt werden musste, die wegen Erstickungsgefahr hatte tracheotomirt werden müssen und bei der nach innerlicher Darreichung von Calciummagnesia (4—6 g) nach drei Wochen jede Spur von Papillom verschwunden war.

Mongardi (Bologna): Affectionen des Halses, der Nase und der Ohren durch Haarfärben mit Paraphenylendiamin.

M. lenkt die Aufmerksamkeit auf die toxischen Erscheinungen, die dieses Anilinpräparat auf der Schleimhaut der oberen Luftwege und im Ohre hervorbringen kann, so wie es schon für das Auge bekannt ist. Seine Beobachtungen betreffen einen Fall von halbseitiger intermittirender Zungen-Rachen-Kehlkopflähmung und einen anderen von Erythem der Nasenhaut und einen dritten mit Labyrinthaffection.

Ellotti (Mailand): Retropharyngeales Fibromyxom.

E. demonstrirte Präparate eines retropharyngealen Fibromyxoms bei einem 22jährigen Manne, das operirt wurde und recidivirte.

Calamida.



IV. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

III. Bericht (19. Februar 1912).

Zur Uebernahme der Organisation haben sich weiter bereit erklärt:

1. Dr. A. Lewy (Frankfurt a. O.), für den Regierungsbezirk Frankfurt a. O.
2. Dr. Alejandro del Rio, Direktor der rhinolaryngologischen Universitätsklinik in Santiago, für Chile.

Der bekannte eifrige Ozaenaforscher, Dr. Fernando Perez, zur Zeit ausserordentlicher Gesandter und bevollmächtigter Minister der Republik Argentinien bei der österreichischen Regierung, hat sich bereit erklärt dem geschäftsführenden Comité bei der Organisation der Sammelforschung in den südamerikanischen Staaten mit seiner Kenntniss der dortigen Verhältnisse und Persönlichkeiten hilfreich zur Seite zu stehen und unsere Angelegenheit nach bestem Vermögen zu fördern.

Das geschäftsführende Comité hat vor längerer Zeit Gesuche um Bewilligung von Geldmitteln an sämtliche preussischen Aerztekammern gesandt. Bisher hat die Aerztekammer der Provinz Hannover 100 Mark bewilligt. Die Herren Organisatoren der einzelnen preussischen Provinzen werden in ihrem eigenen Interesse höflichst ersucht für rechtzeitige Orientirung der in den einzelnen Kammern massgebenden Herren Collegen zu sorgen und den Gesuchen hierdurch Erfolg zu verschaffen.

Die Waisen-Deputation der Stadt Berlin hat die Erlaubniss erteilt zur Untersuchung:

1. der Insassen der beiden grossen Waisenhäuser in Berlin und in Rummelsburg;
2. der im Kinderasyl (Kürassierstr.) in Verpflegung und Behandlung stehenden Säuglinge;
3. des gesamten Materials der 7 Berliner Säuglings-Fürsorgestellen.

Auch aus anderen Städten und Ländern sind uns bereits Berichte über erlangte Untersuchungs-Erlaubniss zugegangen. Dieselben sollen später im Zusammenhang veröffentlicht werden.

Am 8. Februar d. J. wurde die zweite Information an die Herren Organisatoren abgesandt. Weitere Informationen werden denselben Anfang März zugehen.

Gegen das im II. Comité-Bericht veröffentlichte Zählformular sind Einwendungen von keiner Seite erhoben worden. Dasselbe gilt daher als angenommen und wird in einer entsprechenden Auflage durch den Druck vervielfältigt werden.

Das Berliner Central-Comité bittet auch an dieser Stelle die Herren Organisatoren bis spätestens zum 1. April d. Js. eine Liste einzureichen, welche Namen und genaue Adresse der Herren enthält, die sie in ihrem Lande mit der Organisation in den einzelnen Provinzen, Kreisen oder dergl. beauftragt haben, desgleichen Namen und Adresse der Herren, mit denen sie gemeinsam ein geschäftsführendes Comité gebildet haben.

Unserem Versprechen gemäss veröffentlichen wir heute den ersten Entwurf zu einem für die Ozaena-Sammelforschung zu verwertenden Fragebogen und treten damit an den wichtigsten Teil der uns gestellten Aufgabe heran.

Dieser erste Entwurf ist lediglich als ein Gerippe gedacht, das sich durch die Kritik der Herren Collegen erst zu einem verwertbaren Ganzen gestalten soll. Wir bitten daher mit dieser Kritik nicht zu kargen.

Die Beantwortung der Fragen, welche unter der Ueberschrift „Besondere Untersuchungen“ zusammengestellt sind (III, 9 a—d; IV, 16 a—c; V, 4 a—b), ist eine facultative. Genauere Angaben über das, was zu untersuchen wünschenswerth erscheint, d. h. z. B. worauf das Blut untersucht werden soll, welche Schädelmaasse genommen werden sollen etc., werden gelegentlich der Veröffentlichung des revidirten Entwurfes gemacht werden. Wer sich für die eine oder die andere dieser facultativen Fragen interessirt und dieselbe von einer möglichst grossen Anzahl von Mitarbeitern beantwortet zu sehen wünscht, muss selbst das Seinige dafür thun, um möglichst viel Interessenten für die betreffende Frage zu gewinnen.

Um der Entscheidung der Frage näher zu treten, ob wir es bei der Ozaena mit einer constitutionellen Erkrankung zu tun haben, schien es uns nöthig, die hauptsächlichsten Organsysteme in den Bereich der Fragestellung einzuziehen.

Zur Beantwortung einiger das Nationale und die Anamnese betreffenden Fragen bedarf es vielfacher Rückfrage und Orientirung bei den Eltern und Verwandten der Erkrankten, die zwecks Aufstellung der Stammtafel ohnedies zu Rathe gezogen werden müssen.

Was die letztere anbetrifft, so muss der Versuch gemacht werden, alle nahen Verwandten (Eltern und Geschwister) der Patienten zu untersuchen. Befindet sich ein Theil derselben ausserhalb des Wohnortes des Patienten, so ist zwecks späterer Recherche die genaue Adresse derselben, sowie — wenn irgend möglich — die Adresse des behandelnden Arztes beizufügen. In dem beigefügten der Praxis entnommenen Beispiel würden wir uns, um eine Untersuchung der beiden ältesten, nach ausserhalb verheiratheten Kinder zu ermöglichen, nach Beendigung der Organisation an die Herren Organisatoren in Insterburg und Pankow wenden und dieselben bitten, sich mit den verzeichneten behandelnden Aerzten in Verbindung zu setzen, um in Gemeinschaft mit diesen eine Untersuchung der betreffenden Personen zu ermöglichen. Natürlich wird dieser umständliche aber einzig erfolgversprechende Weg nur dann beschritten werden, wenn die betreffende Stammtafel einen wichtigen Anhaltspunkt für die Beurtheilung der Frage Heredität oder Infection zu geben verspricht.

Alle den Fragebogen und die dazu gehörige Stammtafel betreffenden Wünsche bitten wir uns gütigst bis zum 15. April d. J, übermitteln zu wollen, damit in der Mainummer des Internationalen Centralblatts ein zweiter verbesserter Entwurf zum Abdruck gelangen kann.

Inzwischen werden wir in unserem nächsten Comitébericht den Entwurf eines Sectionsprotocolls veröffentlichen.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses
für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Rosenberg,	Prof. Dr. Grabower,	Prof. Dr. Alexander,
Berlin W. 15,	Berlin W. 35,	Berlin W. 50,
Joachimsthaler Strasse 12.	Genthiner Strasse 43.	Tauentzienstrasse 9.

Fragebogen für Schuluntersuchungen.

I. Nationale.

a) Land: Name und Vorname:
Stadt: Geschlecht: Religion:
Schule: Alter: ...... Jahre; geb. am: ......
Klasse: Wohnung: .... -Strasse, No. ....; bei wem?

b) Geburtsort: Nationalität:
Späterer Aufenthaltsort:
Herkunft der Eltern: Beruf der Eltern:

II. Anamnese.

1. Wann begann die Nasenerkrankung?
2. Litt das Kind an Augenblennorrhoe? Wann?
3. Krankheitserscheinungen unmittelbar nach der Geburt:
4. Kinderkrankheiten, insbesondere Infektionskrankheiten:
5. Natürliche oder künstliche Ernährung:
6. Beschaffenheit, Grösse und Sauberkeit der Wohnung:
7. Ernährungsverhältnisse der Familie und des Kindes:
8. Kleidung, Körperpflege und Zahnpflege:

III. Allgemeiner körperlicher Befund.

1. Aeussere Erscheinung des Kindes: (Grösse, Entwicklung, Ernährungszustand pp).
2. Habitus: (Thoraxform.)
3. Circulationssystem: a) subjective Beschwerden (Blutungen, Herzklopfen pp).
   b) objectiver Befund an Herz, Gefässen und Blutbeschaffenheit.
4. Respirationssystem: a) subjective Beschwerden (häufige Katarrhe pp.).
   b) objectiver Befund (insbesondere, ob Tb. vorhanden!).
5. Nervensystem: a) subjective Beschwerden.
   b) objectiver Befund (Chorea, Tetanie, Tic convulsif).
6. Knochensystem: (Rachitis, tuberkulöse Knochenerkrankungen etc.).
7. Hautsystem: (Lupus, Eczem etc.).
8. Constitutionelle Erkrankungen:

   a) Syphilis
   Oeftere Aborte der Mutter?
   Kindersterblichkeit in der Familie?
   Körperliche Beschaffenheit der lebenden Geschwister?
   Constitution, Habitus und Facies des Patienten?
   Infantilismus?
   Haut- und Schleimhautnarben?
   Missbildungen des Skelets.
   Verdickungen der Tibia.
   Wiederholte Schwellungen der Kniegelenke.
   Keratitis interstitialis resp. andere Augenerkrankungen.
   Ohrerkrankung.
   Missbildung der Zähne.

   b) Exsudative Diathese
   Drüsenschwellungen, Augenentzündungen, Ohrenfluss.

   c) Organe mit innerer Sekretion
   Glandula thyreoidea — Milz.

9. Besondere Untersuchungen:
   a) Urin.
   b) Blut:
   c) Nasensekret:
   d) Wassermann'sche Reaktion:

IV. Localbefund in den oberen Luftwegen.

	rechts	links
1. Geräumigkeit der Nase (Grad:)		
2. Beschaffenheit der unteren Muscheln.		
3. Beschaffenheit der mittleren Muscheln.		
4. Dicke der Schleimhaut auch am Septum.		
5. Sensibilität der Nasenschleimhaut.		
6. Geruchsvermögen.		
7. Borken, resp. Sekret (Sitz, Aussehen).		
8. Intensität des Foetors (vor und nach Entfernung der Borken).		

---

9. Aeussere Nase: a) Form.
   b) Beschaffenheit der Haut.
10. Oberkiefer:
11. Harter Gaumen:
12. Zahnstellung:
13. Rachen: a) Beschaffenheit der Schleimhaut.
    b) Gaumentonsillen und Zungentonsille.
14. Nasenrachen: a) Beschaffenheit der Schleimhaut.
    b) Rachentonsille.
15. Larynx und Trachea:

---

16. Besondere Untersuchungen:
    a) Photographie der äusseren Nase (en face und Profil).
    b) Maasse des Schädels, des Gaumens und der Nase.
    c) Länge des Septum.

V. Complicirende Nebenerkrankungen.

1. Von Seiten des Thränennasenkanals und der Augen.
2. Von Seiten der Tuba Eustachii und des Mittelohrs.
3. Von Seiten der Nasennebenhöhlen.

---

4. Besondere Untersuchungen:
   a) Durchleuchtungsbefund.
   b) Röntgenbefund des Schädels, spec. der Nebenhöhlen.

VI. Heredität oder Infektiosität?

1. Pat. ist das ...te Kind von ...... Geschwistern, deren .... leben.
2. Pat. ist ein einziges Kind.
3. Krankheiten und eventuelle Todesursachen bei Eltern und Geschwistern.
4. Haben die Geschwister in demselben Bett zusammengeschlafen? Welche? Bis zu welcher Zeit?

Stammtafel (Beispiel).

Etwaige Angaben über die Geschwister des Vaters	Etwaige Angaben über die Eltern des Vaters	Etwaige Angaben über die Eltern der Mutter	Etwaige Angaben über die Geschwister der Mutter
	August Müller litt nach Angabe der Gattin an Rheumatismus und Herzbeschwerden, klagte nach einer grossen Aufregung über starke Kopfschmerzen und starb innerhalb 3 Stunden, 49 Jahre alt.	Friederike Müller, geb. Rehfeldt[1]), znr Zeit 51 Jahre alt, soll dieselben Nasenbeschwerden haben wie unsere Patientin.	

Frieda	Else Schirmer	Fritz	**Martha**	Ottilie	Werner	Ida	Auguste	Hedwig	Oskar	Gertrud
Frieda Wehnel, 24 Jahre; verheirathet seit 1910. Wohng.: Insterburg, Rosenstr. 12. Behandelnder Arzt: Dr. Fischer in Insterburg; Soll nicht nasenkrank sein.	Else Schirmer, 22 J.: verheirathet seit 1908. Wohng.; Pankow, Wollankstr. 48 Behandelnder Arzt: Dr. Berger in Pankow; soll nicht nasenkrank sein.	Fritz † im Alter von 14 Tagen ?	**Martha,** 19 Jahre, Ozaena.	Ottilie † im Alter von 3 Jahren an Diphtherie.	Werner † im Alter von 8 Monaten. ?	Ida, 12 Jahre, Ozaena, cfr. Beilage.[2])	Auguste † im Alter von 4 Wochen ?	Hedwig, 14 Jahre. Beginnende Ozaena, cfr. Beilage.[2])	Oskar, 12 Jahre. Aeussere Nasenform im Sinne d. Oz. Nase verändert. Keine Ozaena, cfr. Beilage.[2])	Gertrud, 9 Jahre. Beginnende Ozaena, doch schon weiter vorgeschritten, als bei Hedwig, cfr. Beilage.[2])

1) Untersucht am 7. IX. 1911: Frau Müller stellt sich persönlich vor. Sie will als junges Mädchen Borkenbildung in der Nase gehabt haben, jedoch ohne üblen Geruch. Sie hat eine sehr starke traumatische Septumleiste, die die linke Nasenhälfte fast ganz verlegt. Im linken mittleren Nasengange Eiter. Kieferhöhlen beiderseits durchleuchtet. Keine Atrophie, keine Borkenbildung. Sehr platte Nasenwurzel, Einsattelung unterhalb der Nasenbeine. cfr. Beilage.

2) Für alle Patienten, die den Vermerk „cfr. Beilage“ tragen, wird ein besonderer Fragebogen ausgefüllt und demjenigen der Stammpatienten (Martha Müller) beigelegt.

Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Am 24. und 25. Mai findet in Hannover die 19. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen statt. Die Unterzeichneten bitten höflichst, etwa beabsichtigte (noch nicht anderweits publicirte) Vorträge oder Demonstrationen bis zum 10. April beim Schriftführer anzumelden. An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten. Das definitive Programm wird Anfang Mai versandt werden.

Seifert, Würzburg Vorsitzender. Richard Hoffmann, Dresden 1, Grunaerstr. 8, I. Schriftführer.

Neuerrichtung einer Klinik.

In Catania ist eine Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke im Ospedale Vittorio Emanuele eingerichtet worden. Die Klinik enthält 25 Betten und zwei Operationssäle. Direktor ist Prof. Citelli.

Eine neue Zeitschrift.

Die erste schwedische Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte ist erschienen. Sie betitelt sich „Oto-Laryngolgiska Meddelanden“, wird von Gunnar Holmgren herausgegeben und erscheint in zwanglosen Heften. Dem Herausgeber sprechen wir unsere besten Wünsche für das Gedeihen des neuen Unternehmens aus.

Personalnachrichten.

Docent Dr. O. Kahler (Wien), der langjährige Assistent an der Klinik Chiari, hat einen Ruf als Nachfolger Killian's nach Freiburg erhalten und angenommen.

Peter Hellat †.

Im Augenblick, da diese Nummer abgeschlossen wird, erhalten wir aus St. Petersburg die verspätete Nachricht, dass unser treuer langjähriger Mitarbeiter Peter Hellat daselbst am 16./29. Januar gestorben ist. Wir werden in der nächsten Nummer ausführlicher auf diesen schmerzlichen Verlust zurückkommen, der die russischen Fachgenossen und unser Blatt betroffen hat. F.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, April. 1912. No. 4.

I. Peter Hellat †.

Am 16. (29.) Januar starb in St. Petersburg im Alter von 55 Jahren unser langjähriger Mitarbeiter Dr. Peter Hellat. Keiner von uns, die wir ihn wenige Monate zuvor bei dem Internationalen Laryngologencongress als einen anscheinend kerngesunden und lebensfrischen Mann gesehen und uns an seiner kraftvollen und ungekünstelten Persönlichkeit erfreut hatten, hätte gedacht, dass er den Keim so frühen Todes in sich trug. Kurze Zeit schon, nachdem er von Berlin zurückgekehrt war, begann er dahinzusiechen; erst in den letzten Lebenstagen offenbarte sich seine Krankheit als eine Leukämie.

Peter Hellat wurde am 7. Februar 1854 als Spross einer estnischen Bauernfamile in Livland geboren[1]). Auch er war ursprünglich dazu bestimmt, ein Landmann zu werden. Sein Ehrgeiz aber und ein schon früh zu Tage tretender Wissensdrang trieben ihn zu anderen Zielen. Mit unermüdlicher Ausdauer eignete er sich die zum Schulbesuch nöthigen Kenntnisse an und es glückte ihm durch die Gunst des Schicksals, die Mittel zur Absolvirung des Gymnasiums zu erlangen. Im Jahre 1880 bezog er als Student der Medicin die Universität Dorpat. Nach Beendigung seiner

1) Die Daten sind einem in der „Petersburger med. Wochenschr." erschienenen Nachruf entnommen.

Studienzeit unternahm er in den Jahren 1886—1887 eine Reise durch die russischen Ostseeprovinzen, um Beobachtungen über die dort vorhandenen Leprafälle zu sammeln. Die reiche wissenschaftliche Ausbeute dieser Reise bildet den Inhalt seiner Doctordissertation. Nachdem er die nächste Zeit auf Studienreisen an den maassgebenden medicinischen Centren zugebracht und als Assistent an einer chirurgischen Klinik sich eine gründliche Ausbildung in der allgemeinen Chirurgie angeeignet hatte, liess er sich im Jahre 1889 als Hals-, Nasen- und Ohrenarzt in St. Petersburg nieder. Kraft seiner Tüchtigkeit, Geschicklichkeit, seines rastlosen Fleisses und nicht zum mindesten seiner vertrauenerweckenden und einnehmenden Persönlichkeit gelang es ihm, innerhalb kurzer Zeit, sich ein ausgedehntes Feld ärztlicher Thätigkeit zu schaffen. Er versah eine grosse Praxis und wirkte als Consiliarius an verschiedenen Hospitälern. Daneben entfaltete er eine umfangreiche wissenschaftliche Thätigkeit, die, wie ein Blick auf das Verzeichniss seiner Arbeiten zeigt, die verschiedensten Gebiete seines Specialfachs umfasste. Besonderes Interesse wandte er den Fragen der Phonetik zu; noch im späten Mannesalter nahm er Gesangunterricht, um an sich selbst Beobachtungen über die Stellung des Kehlkopfs beim Singen anstellen zu können. Auf dem letzten Internationalen Congress in Berlin hatte er das Referat über die „Behandlung der Nasenrachenfibrome" übernommen und sich seiner Aufgabe mit der ihm eigenen Gründlichkeit und Klarheit und ausgezeichneter Sachkenntniss erledigt. Bis zuletzt hielt seine Schaffenskraft an: wenige Tage nur vor seinem Tode gab er seine letzte Arbeit über „Nekrose der Nasenknochen" in den Druck. Mit besonderer Vorliebe versenkte sich Hellat in Probleme allgemein medicinischer Natur; in den letzten Lebensjahren nahmen besonders Studien über Serologie und innere Secretion sein wissenschaftliches Interesse gefangen.

Der Verstorbene war Gründer und zeitweilig Vorsitzender des Petersburger Oto-Laryngologischen Vereins; als solcher hielt er bei dem im Jahre 1908 in Petersburg stattgefundenen ersten allrussischen Oto-Laryngologencongress die Begrüssungsansprache. Er war Mitredacteur der russischen Monatsschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Dem Internationalen Centralblatt gehörte Hellat seit dem Jahre 1897 als Mitarbeiter an; er hat dem Blatt während seiner 15 jährigen Thätigkeit als Referent für die russische Literatur werthvolle und treue Dienste geleistet.

Allen socialen und culturellen Fragen brachte Hellat ein warmes Interesse und tiefes Verständniss entgegen, alle Wohlthätigkeitsbestrebungen fanden in ihm einen eifrigen und thatkräftigen Förderer. Ganz besonders war er auf die Verbesserung der culturellen Verhältnisse seiner engeren Landsleute, der Esten, bedacht; der estnische Verein in Petersburg verliert in Hellat einen warmherzigen Freund und hilfsbereiten Gönner. Eine der

letzten Arbeiten, die er noch kurz vor seinem Tode vollendet, war eine gross angelegte Gesundheitslehre in estnischer Sprache. Von der Vielseitigkeit seiner Bestrebungen und der Bereitwilligkeit, seine Arbeit in den Dienst allgemeiner Interessen zu stellen, zeugt ein Passus aus einem Brief, den er mir schrieb, als ich im Auftrage des Internationalen Comités mit ihm wegen Uebernahme eines Referates für den Berliner Laryngologencongress verhandelte und er wegen allzu grosser anderweitiger Inanspruchnahme darum bat, sein Manuscript eventuell später, als festgesetzt, einreichen zu dürfen: „Ich habe übernommen, am Volksbildungstage in Reval ein Referat über die hygienischen Verhältnisse in den estnischen Volksschulen zu halten. Am Tage vorher muss ich eine constituirende Versammlung der estnischen Aerztegesellschaft abhalten, deren Statut ich entwerfen und erläutern muss. Zudem habe ich mich verpflichtet, ein Referat auf dem estnischen Antialkoholcongress zu halten. Dazu habe ich noch vor Kurzem hier in Petersburg die Leitung des 25 jährigen Jubiläums eines Bildungsvereins übernommen, zu dem ich einen Beitrag liefern muss."

Dem Wohl seiner estnischen Stammesgenossen gehörten noch seine letzten Sorgen. Ein kleines Gut, das ihm in Livland gehörte, bestimmte er kurz vor seinem Hinscheiden als ein Heim für arbeitsunfähige Aerzte, Künstler und Literaten estnischer Nationalität.

Hellat war ein warmherziger, für alles Gute begeisterter, wahrhaft freidenkender Mann. Offenheit und ungekünstelte Gradheit, Anspruchslosigkeit und Schlichtheit, die sich auch in seinem Aeussern ausprägten, gehörten zu den Grundzügen seines Wesens. Der Heimathscholle, in der seine Vorfahren gewurzelt hatten, gehörte seine Liebe bis zum Tode und auch von ihm gilt das Wort des Dichters:

„Der ist in tiefster Seele treu,
„Wer die Heimat liebt, wie Du!"

Von der grossen Werthschätzung und Liebe, deren sich der Verstorbene in weiten Kreisen erfreute, zeugte die grosse Zahl der Leidtragenden bei seinem Begräbniss. Studenten hatten Tag und Nacht an seinem Todtenlager Wacht gehalten und schritten zu Seiten seiner Bahre, der eine ungezählte Menge von Freunden, Collegen und Patienten folgte.

Ein treues und ehrendes Andenken in unseren Herzen ist ihm gewiss.

Finder.

Verzeichniss der rhino-laryngologischen Arbeiten Hellat's.

Ein Fall von beiderseitiger Lähmung des Pharynx. Petersb. med. Wochenschr. 1892. No. 7.

Heilung eines Falles von Sarkom der Nase nach Injection von Pyoctanin. Ebendaselbst. 1892. No. 47.



Die Elektrolyse bei Tumoren der Nasenscheidewand u. s. w. Annal. des mal. de l'oreille. 1895. No. 3.
Zur Athmungsfrage beim Singen. Vortrag beim XII. Internat. Med. Congress.
Ueber adenoide Wucherungen bei Erwachsenen. Wratsch. 1898. No. 34.
Kehlkopftuberculose bei einem Kinde von 3 Monaten. Verein St. Petersb. Aerzte. 1898.
Von der Stellung des Kehlkopfes beim Singen. Archiv f. Laryng. u. Rhinol. 1898.
Untersuchung des Gehörs, der Nase und des Nasenrachenraumes der Zöglinge der St. Petersburger Taubstummenschule. Wratsch. 1901. No. 45—47.
Stenose des Kehlkopfs und ihre operative Behandlung. VIII. Pirogow-Congress. Moskau 1902.
Tonsillitis streptothricia. St. Petersb. medicochirurgischer Verein. 1904.
Drei Fälle von Nasenrachengeschwülsten. 1901.
Zur Diagnose und Therapie der Nasenlues. Petersb. med. Wochenschr. 1904.
Fehlerhafte Sprache corrigirt durch Paraffininjectionen. Petersb. med. Wochenschr. 1904. No. 50.
Eigenthümliche Erkrankung der Schleimhaut des Rachens und des Nasenrachens mit Hämorrhagien. Jeshemesjatschnik etc. 1906.
Nasencyste. St. Petersb. oto-laryngol. Verein. 1906.
Vortrag über chronisches Speien. Ebendas.
Bemerkungen zu Barth's Aufsatz: „Zur Lehre vom Tonansatz etc.". Archiv f. Laryngol. Bd. 17.
Wärme als Heilmittel bei Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh. Nowoje w. medicine. 1907.
Verlust der Speicheloxydase als Krankheitsursache. Archiv f. Laryngol. Bd. 20.
Zur Rhinoplastik. St. Petersb. oto-laryngol. Verein. 1909 und 1911.
Ansaugen als diagnostisches und therapeutisches Mittel bei Nebenhöhlenerkrankungen. Jeshemesjatschnik. 1911.
Sitz, Insertion und Behandlung der sogenannten fibrösen Nasenrachenpolypen. Referat beim III. Internat. Laryngol.-Congress. Berlin 1911.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Pescatore** (Bad Ems). **Betrachtungen über Asthma bronchiale.** *Deutsche med. Wochenschr. 8. 1911.*

Anamnese und klinische Erscheinungen bei den Asthmatikern scheinen dem Verf. am besten mit der Annahme einer exsudativen Bronchialneurose im Einklang zu sein. Die Veränderung des Athmungstypus sei eine Folge der Schwellung in den Bronchien und des dabei entstehenden Lufthungers.

ZARNIKO.

2) **De Benedetti. Chloreton- und Acetozoninhalationen bei einigen Krankheitsformen. (Cloretone ed acetozone inalanti in alcune forme cliniche.)** *Arch. Ital. di Otologia. Mai 1911.*

Verf. hat die beiden Mittel mit Vortheil angewandt bei verschiedenen Krankheitszuständen, z. B. Ozaena, Coryza, Laryngitis, und empfiehlt sie auf das Wärmste.

CALAMIDA.



3) **Max Senator** (Berlin). **Die Behandlung des Schleimhautlupus.** *Deutsche med. Wochenschr. 5. 1911.*

Verf. empfiehlt die „chirurgischen Methoden“ (Entfernung des Lupusgewebes mit dem scharfen Löffel, dem Conchotom und Galvanokauter). Sie führen gewöhnlich, wenn nicht zu wirklicher, so doch zu „socialer“ Heilung. Die Schleimhaut erheischt in jedem Fall dieselbe Aufmerksamkeit, wie die Epidermis, deshalb soll beim Gesichtslupus stets der Rhinolaryngologe zugezogen werden. Sehr wichtig ist die Erkennung und Behandlung der frühesten Manifestationen. Zweckmässig ist die Einrichtung von Vereinen für Lupusfürsorge nach Hamburger Muster.

ZARNIKO.

4) **A. Havas** (Budapest). **Fall von acuter Rotzkrankheit.** *Orvosok lapja. No. 7. 1911.*

Trotz der angewendeten Malleininjectionen verlief der Fall tödtlich. Bei der Obduction war die Schleimhaut der Nase und der Nebenhöhlen in höchstem Grade angeschwollen und injicirt, so dass die Nase völlig verschwollen war. Auf der Schleimhaut der rechten Stirnhöhle befanden sich ausserdem zahlreiche hirsekorngrosse graugelbe Flecken.

POLYAK.

5) **E. Baumgarten** (Budapest). **Die Heilung von Infiltraten im Kindesalter in Folge von Infectionskrankheiten.** *Budapesti orvosi ujsag. Beilage Gégészet. No. 2. 1911.*

Im ersten Falle ist ein Lupus der Nasenscheidewand und der Uvula nach Rothlauf vollständig verheilt, im zweiten Falle hat sich ein nussgrosses Infiltrat des Aryknorpels nach Diphtherie vollständig zurückgebildet.

POLYAK.

6) **A. Manna. Fulguration des Gefäss-Nervenbündels des Halses beim Kaninchen. (Folgorazione del fascio nerveo vascolare del collo nel coniglio).** *Atti Clinica Oto-rino-laringologica. Roma. Vol. VIII.*

Auf Grund zahlreicher Versuche, die Verf. an Kaninchen angestellt hat, um zu untersuchen, welchen Effect die Fulguration des Nerven-Gefässbündels am Halse hat, und ob es möglich wäre, in dieser Region sitzende Tumoren so zu behandeln, kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass beim Thiere die Procedur, wenn sie mit nöthiger Vorsicht vorgenommen wird, keine tödtliche Gefahr bietet. Die Fulguration mit warmen Funken verursacht Veränderungen im Athmungsrhythmus, die sehr ähnlich denjenigen sind, die man bei Resection des Vagus erhält; die Fulguration mit kalten Funken dagegen bewirkt eine Vermehrung der Athemfrequenz, die auch einige Wochen hindurch anhalten kann.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus sind die Veränderungen am Nervensystem gekennzeichnet als Zerstörung der Nerven mit Waller'scher Degeneration, völlige Zerstörung des dorsalen Vaguskerns auf der entsprechenden Seite. Die Fulguration hat ferner Veränderungen an den die Arterienwand zusammensetzenden Elementen zur Folge, mit Ausnahme der elastischen Fasern; ferner regt sie den Process der Bindegewebsneubildung an.

CALAMIDA.

7) **H. K. Offerhaus** (Groningen). **Mittheilungen über die anatomische und klinische Bedeutung der Halsrippe. (Eenige mededeelingen over de anatomische en klinische beteekenis van de halsrib.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 1877. 1911.*

Gründliche Arbeit, von welcher hier nur hervorgehoben sei, dass Verf., der

über vier Operationen aus der Groninger Klinik berichtet, den conservativen Standpunkt in der Behandlung der Halsrippe stark befürwortet. Er schliesst sich Bernhardt (Berl. klin. Wochenschr., 1895, No. 4) an, der auf die wenig zufriedenstellenden Resultate der operativen Behandlung hinweist und dieselbe nur dann indicirt erachtet, wenn heftige, auf andere Weise nicht zu bewältigende Schmerzen bestehen.

Man fange mit Ruhe, Armbädern und Elektricität an. Indessen zeigen die von Koch in den obengenannten vier Fällen erhaltenenResultate, dass bei Wurzelaffectionen die Operation sehr nützlich sein kann. Wenn dagegen Aneurysma oder Thrombose besteht, soll man nur bei direkt lebensgefährlichen Erscheinungen sich zur Operation entschliessen.

H. BURGER.

8) **W. W. Pennell. Halsdrüseninfection durch Erkrankungen des Halses. (Cervical glandular infection from diseases of the throat.)** *Ohio State Medical Journal. August 1911.*

Verf. weist auf die Beziehung der Halsdrüsenschwellung zu Erkrankungen der oberen Luftwege hin und räth, in jedem Fall sorgfältig nach dem pathogenen Agens zu forschen.

EMIL MAYER.

9) **Weill** und **Péhu** (Lyon). **Zwei Fälle von Thymushypertrophie erfolgreich mit Radiotherapie behandelt. (Deux cas d'hypertrophie thymique traités avec succès par la radiothérapie.)** *Lyon Médical. 24. December 1911.*

Im ersten Falle handelte es sich um ein Kind, das seit der 3. Lebenswoche schwere Anzeichen von Suffocation darbot, wenn man den Kopf gegen den Rumpf flectirte; bei der Exspiration war ein substernaler Tumor zu fühlen, der auch radioskopisch sichtbar war. Weniger sicher war die Diagnose im zweiten Fall, wo die Erstickungsanfälle und Glottiskrämpfe auch durch Schwellung der tracheobronchialen Drüsen bedingt sein konnten. In beiden Fällen gab die Radiotherapie sehr schnell die besten Resultate.

GONTIER de la ROCHE.

10) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Zur Geschichte der Bronchoskopie und Oesophagoskopie.**

Referat auf dem III. internationalen Laryngologencongress, vergl. den Bericht.

ZARNIKO.

11) **P. Lamert. Ueber die an der Breslauer Königl. Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten seit dem Jahre 1912 beobachteten Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.** *Dissert. Breslau 1910.*

In den 3 ersten Fällen handelte es sich um Fremdkörper im Larynx (2 mal Knochenstücke und 1 mal Fischgräte). Die folgenden 9 Fälle, von denen 3 bereits durch Prof. Hinsberg 1906 veröffentlicht wurden, betrafen Fremdkörper in Trachea (3 mal) und Bronchien (6 mal, immer im rechten Bronchus). Als Fremdkörper fanden sich 3 mal ein Knochensplitter, 3 mal ein Kirschkern und je 1 mal eine Bohne, ein Pflaumen- und ein Nusskern.

OPPIKOFER.

12) **I. Kubo. Fremdkörper in Speise- und Luftwegen, welche durch die direkten Untersuchungsmethoden diagnosticirt und extrahirt wurden.** (Mittheilung mit Demonstration der extrahirten Fremdkörper.) *Verhandlungen der XV. Versammlung der Aerzte zu Kiushiu. 1909.*

12 Fälle von oesophagoskopisch behandelten Fremdkörpern und 4 Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopfe und in der Trachea. Unter den Oesophagusfremdkörpern fand man 5 mal Fischgräte, 3 mal Münze, 2 mal künstliche Zähne und 2mal Spielzeug; Alter 2—56 Jahre. Diejenigen in den Luftwegen waren ausschliesslich Fischgräten. Fische werden bei den Japanern alltäglich gegessen, besonders in der niedrigeren Volksklasse. Bei der Extraction der künstlichen Zähne trachte man, den Metallhaken an der Gaumenplatte zu finden und an der Ecke zu fassen.

KUBO.

13) **C. F. Bowen. Entfernung von Fremdkörpern aus Oesophagus und Bronchus. (Removal of foreign bodies from the oesophagus and bronchus.)** *Ohio State Medical Journal. Juli 1911.*

Verf. empfiehlt, in jedem Fall eine Röntgenaufnahme zu machen; auch wenn es sich um vegetabilische Substanzen handelt, kann die Information dadurch erleichtert werden. So giebt z. B. ein Getreidekorn zwar selbst keinen Schatten auf der Platte, doch kann seine Anwesenheit gewöhnlich durch leichte Veränderungen in den Lungen in Folge einer circumscripten Pneumonie oder durch die Verlegung bestimmter Lufträume diagnosticirt werden. Ebenso kann die Anwesenheit solcher Fremdkörper im Oesophagus durch Darreichung von Wismuth erkannt werden, wenn man auf dem Fluorescenzschirm die Passage des Bismuthbissens beobachtet.

Verf. verfügt über 13 Fremdkörperfälle. In allen gelang die Entfernung des Fremdkörpers ohne Schwierigkeit. Die von ihm am meisten bevorzugte Methode besteht darin, dass der Fremdkörper von der Tracheotomiewunde aus mittels einer gewöhnlichen Zange ergriffen wird, während man auf dem Fluorescenzschirm controllirt.

EMIL MAYER.

14) **Hofmann** (Aarau). **Zur Casuistik verschluckter Fremdkörper.** *Schweizer Rundschau für Medicin. No. 44. 1911. Verlag Wackernagel, Basel.*

Es handelt sich hier um Nadeln. Ein $2^1/_2$jähriger Knabe starb an einem gewaltigen Leberabscess. In der Höhle fand sich eine 3 cm lange Stecknadel mit Glasknopf. — Stecknadeln gehen mit dem Kopf voran durch die Darmwand hindurch. In den Leibeshöhlen erregen sie mitunter tödtliche Entzündungen der Membranae serosae. Von 151 Fällen (Deutsche Chirurgie, Lieferung 46b) starben nur 14 pCt. Frauen und Kinder bilden das Hauptcontingent der Nadelschlucker. In einem Drittel der Fälle gehen die Nadeln per vias naturales ab. JONQUIÈRE.

15) **Van den Wildenberg. Zehn Fremdkörper der Lungen, der Trachea und des Oesophagus, behandelt mittelst der Broncho-Oesophagoskopie. (Dix corps étrangers des poumons, de la trachée et de l'oesophage, traités par la Bronchooesophagoscopie.)** *Separatabdruck. Anvers 1911.*

Ausser den in der Antwerpener medicin. Gesellschaft mitgetheilten Fällen

(Anvers médical, No. 2 u. 10. 1911), über welche hier schon berichtet wurde, berichtet der Autor noch über folgende Fälle:

1. Aalwirbel mit Gräten seit 3 Monaten in der Trachea (an der Bifurcation) eines 11 Monate alten Kindes; Extraction mittels Bronchoscopia super.

2. Zahngebiss im Oesophagus 40 cm von der vorderen Zahnreihe entfernt.

3. Fall VII, VIII u. IX: 3 Münzen, Zwei-Centimesstücke im Oesophagus von Kindern von 2, 4 und 8 Jahren. Extraction vermittelst der Oesophagoskopie.

4. Ein seit 8 Tagen im Oesophagus eines 4jährigen Kindes befindliches 10 Centimesstück. Schwierige Extraction vermittelst der Oesophagoskopie.

5. Fremdkörper mit Suffocationserscheinungen: Stück von einer Kastanie im unteren Theil der Trachea. Extraction vermittelst der Bronchoscopia sup. bei einem 10jährigen Kinde, bei welchem der Fremdkörper sich seit $1^1/_2$ Tagen in der Trachea befand.

BAYER.

16) **R. Parker. Zwölf Fremdkörperfälle, die chirurgische Eingriffe erforderten. (Twelve cases of foreign bodies requiring surgical interference.)** *Lancet. 6. Januar 1912.*

Unter den Fremdkörpern waren zwei künstliche Gebisse; eines sass im Hypopharynx und wurde mit der Zange entfernt, das andere wurde aus dem Oesophagus mittels der Oesophagotomie entfernt.

A. J. WRIGHT.

17) **M. Donati. Narkose mit intratrachealer Insufflation und experimentelle Chirurgie der Speiseröhre. (Narcosi con insufflazione intratracheale e chirurgia sperimentale dell' esofago.)** *Arch. Ital. di Otologia. September 1910.*

Verf. hat Untersuchungen darüber angestellt, welches der Werth des Meltzer-Auer'schen Verfahrens bei verschiedenen intrathoracischen Eingriffen sei.

Das Ergebniss war, dass man in der Aethernarkose mittels intratrachealer Insufflation alle Eingriffe am Brusttheil des Oesophagus und am Magen auf dem transpleuralen oder transpleuro-diaphragmatischen Wege machen kann. Die Anästhesie und der Pneumothorax bilden dabei keinerlei Gefahr, sondern dadurch, dass die activen Respirationsbewegungen fortfallen, werden die operativen Hantirungen erleichtert.

Man kann mittels der intratrachealen Insufflationsnarkose beim Hunde mit Erfolg die Resection des Oesophagus, Magenresectionen und Oesophagoplastik machen und man kann wahrscheinlich dieselben Resultate auch beim Menschen erzielen.

CALAMIDA.

18) **Kuhn** (Kassel). **Meltzer's Verfahren und die perorale Intubation.** *Centralblatt für Chirurgie. 3. 1912.*

Der Nutzen der neuen Einrichtung ist der, dass man jeder Zeit à la Meltzer insufflieren und auch mit Ueberdruck vorgehen, auch combinirt mittelst Sauerstoffs und Ueberdruck arbeiten kann.

SEIFERT.

19) **J. S. Githens** und **S. J. Meltzer. Eine experimentelle Studie über die Frage von der Aspiration fremden Materials in die Luftwege während der Intratrachealinsufflation. (An experimental study of the question of aspiration of foreign material into the air passages during intratracheal insufflation.)** *Journal of Experimental Medicine. Lancaster. Juni 1911.*

Die Untersuchungen des Verf. rechtfertigen die Folgerung, dass die Intratrachealinsufflation die Luftwege davor schützt, dass Material vom Pharynx aus in sie eindringt. Selbst, wenn das Versuchsthier in tiefer Narkose ist, dringt nichts von Magen- oder Mundinhalt aus dem Pharynx in die Trachea und die Bronchien.

EMIL MAYER.

20) **Ino Kubo. Einige oto-laryngologische Instrumente. Demonstration.** *Verhandlung der XV. Versammlung der Aerzte zu Kiushiu. 1909.*

1. Verbesserte Kubo'sche Nadel zur Nahtanlegung in tieferen Körpertheilen. 2. Ein neuer Gaumenhaken nach Kubo, der sehr einfach construirt ist, selbst hält und gleichzeitig Rhinoscopia ant. erlaubt. 3. Flaschenfasser nach Kubo. Derselbe erspart einen Assistenten, der dem Operateur Cocain- oder Adrenalinlösung aus der Tropfflasche entleeren muss. Er ist jedes Mal nach dem Gebrauch zu desinficiren.

KUBO.

21) **F. Massei. Die vergrössernden Kehlkopfspiegel nach Brünings. (Gli specchi magnificanti del Brünings.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Oct. 1911.*

Verf. hat sich von der Nützlichkeit der Brünings'schen Vergrösserungsspiegel überzeugen können. Sie ermöglichen es, besser in die Tiefe zu schauen und besonders in der Trachea feinere Veränderungen differenciren zu können; man kann mit ihnen Details sehen, die mittelst der gewöhnlichen Laryngoskopie nicht leicht zu entdecken sind. So hat Verf. Form und Umfang kleiner subglottischer Tumoren und umschriebener Infiltrationen bestimmen, sich auch in zweifelhaften Fällen über die Beweglichkeitsverhältnisse der Stimmbänder Rechenschaft verschaffen können. In einem Falle konnte constatirt werden, dass die Infiltration eines Stimmbandes auf den Sinus Morgagni übergriff.

CALAMIDA.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **W. M. de Vries** (Amsterdam). **Ueber Cebocephalie. (Over cebocephalie.)** *Feestbundel Hector Treub. 1912.*

Ausführliche Beschreibung eines Monstrums, dessen Hauptmerkmale folgende sind: Die Augen stehen zu nahe aneinander; die Nase ist rudimentär und unilocular; das Philtrum der Oberlippe fehlt; die Ossa lacrimalia, nasalia und Os ethmoideum fehlen; das Os frontale ist einfach, mit sehr schmaler Pars nasalis; der Vomer ist nicht oder nur ganz rudimentär vorhanden; Os incisivum fehlt fast gänzlich; der zwischen den Foramina opt. gelegene Theil der Keilbeinbasis fehlt; die Maxillaria sind zu schmal; gleichfalls die Palatina, und deren Partes nasales stehen schief; während im Unterkiefer sämmtliche Zähne vorhanden sind, giebt es im Oberkiefer nur einen Schneidezahn bei normaler Zahl Eck- und Mahlzähne; es

besteht ein medianer Defect im Vorder- und Mittelhirn, in Folge dessen das Vorderhirn einfach ist und das Riechhirn fehlt. Diagnose: Cebocephalie, Arhinencephalie: Uebergangsform zwischen Cyclopie und normalen Verhältnissen.

H. BURGER.

23) **D. Axenfeld. Die Bedeutung der Nasenschleimhaut für den Respirationsact der Amphibien.** *Centralbl. f. Physiologie. Bd. XXV. No. 9.*

Beim Frosch und bei der Kröte, die normaliter durch die Nase athmen, werden von deren Schleimhaut aus durch Berührung mit Luft oder Wasser specifische Empfindungen ausgelöst, von denen die einen Athembewegungen, die anderen Hemmung derselben bewirken. Untertauchen der Schnauze genügt, um die Athmung zu sistiren, die bei Berührung der Nasenlöcher mit Luft wieder beginnt. Spritzt man 20proc. Essigsäure in die Nasenlöcher, unter Ausschluss der Mundschleimhaut, so fällt der Tauchversuch anders aus: kein Athmungsstillstand. Cocainisirung unterdrückt den Wiederbeginn der Athmung nach dem Auftauchen. Nach Durchschneidung des Ramus nasalis Trigemini beiderseits wird die Athmung auch an der Luft unregelmässig, steht unter Wasser still und kehrt beim Auftauchen nicht wieder. Die Thiere brauchen lange Zeit, um sich wieder ans Athmen in der Luft zu gewöhnen, sinken bisweilen wieder unter und gehen in der warmen Jahreszeit asphyktisch zu Grunde. Einseitige Durchschneidung jener Nerven vertragen sie.

NADOLECZNY.

24) **Alfred Trautmann. Zur Frage der Herkunft des Nasenspiegelsecrets des Hundes.** *Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiologie. Bd. 142. H. 1 u. 2. S. 89.*

Der Nasenspiegel der Hunde ist frei von drüsigen Elementen; am Uebergang vom Planum nasale auf die behaarte Haut finden sich spärliche Knäueldrüsen. Das Secret muss von der lateralen Nasendrüse kommen, wie Verf. durch Unterbindung ihres Ausführungsganges festgestellt hat. Nur ein kleiner Theil wird durch Lecken mit der Zunge geliefert. Das Nasenspiegelsecret ist auch kein Transsudat des Blutes.

NADOLECZNY.

25) **Reinking** (Hamburg). **Was leistet die conservative, was die operative Therapie der eitrigen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase?** *Deutsche med. Wochenschr. 35. S. 1628. 1911.*

Vortrag im Hamburger ärztlichen Verein, der den Lesern dieses Blattes nichts Neues bringt.

ZARNIKO.

26) **J. Hubbard. Nebenhöhleneiterung bei Scharlach. (Accessory sinus suppuration in scarlatina.)** *American Journal of diseases of children. Juli 1911.*

Der acute Schnupfen bei Scharlach sollte als eine ausgesprochene Infection der Schleimhaut behandelt werden, die jederzeit die Neigung besitzt, auf die Sinus überzugreifen; eine eitrige Rhinitis ist so selten, dass man in jedem Falle, wo eitriger Ausfluss besteht, berechtigt ist, eine Sinuserkrankung anzunehmen. Da bei dem Alter der Patienten eine intranasale Operation sich gewöhnlich verbietet, so ist die Radicaloperation nach Killian, mit einer durch den acuten Zustand gebotenen Modification, am besten geeignet. Verf. berichtet ausführlich über

einen Fall von Eiterung der Stirn-Siebbein- und Oberkieferhöhle nach Scharlach, complicirt durch eitrige Mastoiditis, der durch Operation geheilt wurde.

EMIL MAYER.

27) **G. Ritter** (Berlin). **Wie sollen wir bei der Radicaloperation combinirter chronischer Nebenhöhlenempyeme vorgehen?** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 4. S. 733. 1912.*

Bei Erkrankung der Kieferhöhle und einer oder mehrerer oberer Nebenhöhlen empfiehlt Verf., die Kieferhöhle von der Fossa canina und die oberen Nebenhöhlen, so auch das Siebbein, von vorne her in Angriff zu nehmen, nach Resection des Processus frontalis des Oberkiefers. Diese getrennte operative Behandlung für Kieferhöhle und Siebbein ist dem Verfahren von Jansen, der die Siebbeinzellen von der eröffneten Kieferhöhle aus wegnimmt, vorzuziehen.

OPPIKOFER.

28) **A. Reusch** (Göttingen). **Zur Behandlung und Prognose der entzündlichen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 4. S. 705. 1912.*

Die Arbeit ist im Wesentlichen ein Sammelreferat aus Arbeiten von Uffenorde über diesen Gegenstand. Wir möchten folgende Punkte herausgreifen: Zur Stirnhöhlenoperation nach Killian, ebenso zur Ausräumung des Siebbeins von aussen empfiehlt Verf. die Kuhn'sche perorale Intubation. In der Frage, ob die Killian'sche Stirnhöhlenoperation in Localanästhesie vorzunehmen ist oder nicht, verhält sich Verfasser ablehnend. Die Denker'sche Kieferhöhlenoperation ist dem Luc-Caldwell'schen Verfahren nicht vorzuziehen. Die untere Muschel soll bei der Kieferhöhlenoperation ganz erhalten bleiben. Bei endonasalen Eingriffen, in letzter Zeit auch bei der Luc-Caldwell'schen Operation, wird meist auf eine Tamponade verzichtet.

Bei den acuten Stirnhöhleneiterungen hält Verf. locale Eingriffe (hauptsächlich Infraction der mittleren Muschel, seltener Resection des Processus uncinatus und Spaltung der Stirnbucht) „sehr oft" für nothwendig, ein Standpunkt, den Referent nicht theilen kann; denn die übergrosse Mehrzahl der acuten Nebenhöhleneiterungen, so auch der Stirnhöhleneiterungen, heilt unter conservativer Behandlung, namentlich unter Bettruhe, schneller und für den Patienten in angenehmerer Weise aus, als durch diese kleinen, meist nicht nothwendigen endonasalen Eingriffe. Auch die Probepunction der Kieferhöhle möchte Referent mehr einschränken, als dies Verf. auf S. 711 anempfiehlt; denn das Vorfinden von Eiter im mittleren Nasengang berechtigt in vielen Fällen bei der grossen Ausheilungstendenz der acuten Nebenhöhleneiterung, auf die übrigens auch Verf. an anderer Stelle seiner Arbeit hinweist, für sich allein noch nicht ohne Weiteres zu diesem Vorgehen, namentlich dann nicht, wenn zur Probepunction der für den Patienten lästigere Weg durch den unteren Nasengang gewählt wird.

Verf. giebt auch eine Statistik über die operativen günstigen Resultate bei acuter und chronischer Nebenhöhleneiterung.

OPPIKOFER.

29) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.** *Deutsche med. Wochenschr. 16. 1911.*

Aus den hauptsächlich für den Allgemeinpraktiker bestimmten Ausführungen des Verf.'s scheinen mir folgende Angaben auch für die Leser dieses Blattes beachtenswerth:

Bei den acuten Nebenhöhlenentzündungen rühmt Verf. die Anwendung des Brünings'schen Kopflichtbades, dessen Wirkung durch eine Aspiringabe (0,5 bis 1,0) gesteigert werden kann; ferner Verflüssigung des Secrets durch Darreichung von Jodpräparaten.

Bei der acuten Stirnhöhlenentzündung sind endonasale Eingriffe auf der Höhe der Entzündung zu vermeiden, ebenso die Radicaloperation. Diese ist ausschliesslich für die chronischen Entzündungen bestimmt.

Bei wiederholten acuten Nebenhöhlenaffectionen kann man prophylactisch durch Beseitigung von Septumdeviationen, Entfernung des Operculum conch. med. und ähnliche Eingriffe Nutzen stiften.

Bei seiner Stirnhöhlenoperation scheint Verf. neuerdings auf die Bildung eines Schleimhautlappens principiell zu verzichten. Er näht primär nur bei einfachem, schleimig-eitrigem Katarrh, sonst am 3. bis 4. Tage nach der Operation. Auf diese Weise lässt sich Osteomyelitis der Schädelknochen vermeiden.

Bei Ozaena suche man grössere Operationen von aussen zu vermeiden.

ZARNIKO.

30) **H. Braun** (Zwickau). **Ueber die Localanästhesie im Trigeminusgebiet.** *Deutsche med. Wochenschr. 30. 1911.*

Man ist im Stande, das ganze Trigeminusgebiet durch Leitungsanästhesierung (Injection einer Novocainsuprareninlösung in die Nähe der Nervenstämme) unempfindlich und blutleer zu machen, eine Thatsache, die für den Rhinologen von der allergrössten Wichtigkeit ist.

Um das Gebiet des ersten Quintusastes zu anästhesiren, macht Verf. eine mediale und eine laterale Orbitalinjection, indem er die Spritze, sich am Knochen entlang tastend, $4^1/_2$—5 cm in die Tiefe vorschiebt. Für die Anästhesirung des 2. Astes liegt die Einstichstelle am unteren Rande des Jochbeins, dicht hinter dessen unterem Winkel. Von hier aus wird die Canüle an der Rückseite des Oberkiefers entlang bis in die Gegend des Foramen rotundum vorgeschoben und darauf die Injection vollführt. Die Hauptzweige des 3. Astes sind vom Munde aus zu erreichen. Verf. hat unter der beschriebenen Localanästhesie u. A. 13 Radicaloperationen der Stirnhöhle ausgeführt, ferner zahlreiche Oberkieferresectionen und Carcinomoperationen am Mundboden, an Zunge und Tonsillen.

ZARNIKO.

31) **W. Lange** (Greifswald). **Ueber die Anwendung der Localanästhesie bei Operationen der Stirnhöhle und des Siebbeins auf facialem und orbitalem Wege.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 5. S. 294. 1911.*

L. referirt über 6 Fälle von Stirnhöhleneiterung, die er mit gutem Erfolge nach den Angaben von Braun (Deutsche medic. Wochenschr. 1911. No. 30. S. 1384) in Localanaesthesie operirt hat.

OPPIKOFER.

32) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Stirnhöhleneiterung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. S. 1419. 1911.*

Exitus an einer eitrigen Meningitis, die durch acute Nebenhöhleneiterung

hervorgerufen war. Sie war intra vitam über einer gleichzeitig bestehenden Otitis media nicht genügend beachtet worden.

ZARNIKO.

33) **B. R. Shurly. Die verschiedenen krankhaften Zustände der Stirnhöhle. (The various pathologic conditions involving the frontal sinus.)** *Journ. Amer. Medical Association. 2. Sept. 1911.*

Verf. redet der conservativen Therapie das Wort; die Operation von aussen soll nur auf die Fälle beschränkt bleiben, in denen eine absolute Nothwendigkeit vorliegt.

EMIL MAYER.

34) **L. van Wildenberg. Die Stirnhöhleneiterungen und deren Complicationen bei den Kindern. (Les sinusites frontales et leurs complications chez les enfants.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 9. 1911.*

Seitdem man weiss, dass auch die Kinder Nasennebenhöhlen haben, hat man auch vielfach Gelegenheit, diese zu operiren. Allerdings hatten diese Höhlen früher auch keine Immunität, aber da die richtige Diagnose nicht gemacht worden ist, starben wahrscheinlich viele Kinder an ihrer Nasennebenhöhlencomplication. Jedenfalls wäre dies das Schicksal des ersten von den vier Fällen W.'s gewesen. Hier kam es im Anschlusse an Mumps (!) zu einer Schwellung oberhalb des rechten Augenlides bei einem 7jährigen Mädchen, das so schwere Zeichen einer endocraniellen Complication bot, dass die behandelnden Aerzte von jeder Behandlung abriethen. W. entschloss sich nichtsdestoweniger auf den Sinus einzugehen, eröffnete die beiden Stirnhöhlen, von denen die rechte mit Eiter gefüllt war, eröffnete einen subduralen Abscess. Das Kind genas. Die drei anderen Fälle stellen nicht minder interessante Fälle vor. Es handelte sich in einem Falle um einen 8jährigen Knaben, bei dem operativ eine combinirte Stirn-Siebbeinhöhleneiterung ausgeheilt wurde und in zwei Fällen, 13jährige Kinder betreffend, bei denen es einmal zu einer Eiterung der Stirnhöhle und das andere Mal zur Ostitis des Stirnbeins, im Anschluss an Ozaena gekommen ist.

LAUTMANN.

35) **Pick** (Charlottenburg). **Ueber einen geheilten Fall von chronischer Stirnhöhleneiterung mit radiumemanationshaltiger Luftdruckerniedrigung, untermischt mit Adrenalinnebel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1911.*

Nach dem Titel müsste man annehmen, es habe sich um eine chronische Stirnhöhleneiterung mit radiumemanationshaltiger Luftdruckerniedrigung, untermischt mit Adrenalinnebel gehandelt und dieses seltsame Krankheitsbild sei geheilt worden. Die Abhandlung belehrt uns aber, dass die 34jährige Patientin an einer chronischen zeitweilig exacerbirenden Stirnhöhleneiterung erkrankt war, die Nasenspülungen und intranasalen chirurgischen Eingriffen getrotzt hatte. Pat. begab sich im Stadium einer acuten Exacerbation ihres Leidens zum Verf. und dieser gab ihr radioactives Wasser zu trinken und liess sie „verdünnte Luft athmen, die mit Adrenalinnebel geschwängert war". Danach Wohlbefinden, 13 Stunden keine Absonderung. (Verf. führt die zauberhafte Wirkung auf die Blutentlastung der Stirnhöhle infolge der passiven Lungenhyperämie zurück.) Die Behandlung wurde fortgesetzt; wie lange ist nicht ersichtlich, nur dass Pat. die letzten 4 Wochen ausserdem noch täglich 2 Stunden in dem Radium-Sauerstoff-Inhalatorium ver-

weilte. Ob und wielange die Heilung vorgehalten hat, wird nicht gesagt. (Denn dass die Behandlung am 14. 3. 1911 begonnen hat, ist gewiss ein Druckfehler! Die Mittheilung ist am 22. 6. 1911 publicirt!)

ZARNIKO.

36) **I. Kubo. Erfahrungen über die Radicaloperation (nach Killian) der Sinusitis frontalis chronica.** *Igaku-Chiuo Zasshi. No. 59. 1907.*

Bericht über 4 mit gutem Resultat operirte Fälle. Der erste Fall betraf einen 65 jährigen Schneider, bei dem man eine sperlingseigrosse subcutane Abscessbildung in der linken Augenwinkelgegend fand. Die vordere Wand wurde etwa 1 cm gross rundlich zerstört, aber die Brücke erhalten. Im vierten Fall (28 jährige Fischhändlersfrau) war die vordere und hintere Wand perforirt. Der 2,7 cm breit und 1,8 cm hoch prolabirte Stirnlappen zeigte deutliche Pulsation, aber ein Theil der Dura war zerstört und die oberflächliche Partie der Gehirnsubstanz missfarben erweicht. Punction der Gehirnmasse etwa 2,6 cm tief blieb negativ. Glatte Heilung.

INO KUBO.

37) **A. Pasini. Frisch'scher Bacillus und Rhinosklerom. (Bacillo di Frisch e rinoscleroma.)** *Giorn. Ital. delle malattie veneree etc. Fasc. III. 1911.*

Verf. hat seine Untersuchungen an 5 Patienten angestellt (einer aus Reggio, einer aus Mailand, drei aus Parma). Die Resultate waren folgende: Der Frisch-sche Kapselbacillus in Anwesenheit von Serum eines Rhinoskleromkranken gab fast constant (in 4 Fällen von 5) die Complementablenkung in der Bordet-Gengou-schen Probe. Alkoholisches Extract eines Rhinoskleromknotens in genügender Verdünnung (1 : 15) gab in Anwesenheit von Serum eines Rhinoskleromkranken in allen 5 Fällen die Complementablenkung. Verf. hatte Controluntersuchungen mit dem Friedländer'schen Pneumobacillus und dem Abel-Loewenberg-schen Ozaenabacillus angestellt und fand, dass mit ihnen unter den Fällen viermal die Complementbindung bei Gegenwart von Serum der Rhinosklerompatienten nicht gelang. Die Wassermann'sche Reaction gab in allen Fällen von Rhinosklerom negatives Resultat; Controluntersuchungen bei 15 Syphilitikern mit der Bordet-Gengou'schen Probe ergaben stets negatives Resultat.

Aus seinen Versuchsergebnissen folgert Verf., dass die Bordet-Gengou-sche Probe kein constantes Kriterium dafür bietet, dass das Serum der Rhinoskleromkranken specifische Antikörper gegenüber dem Frisch'schen Bacillus enthält, ferner dass der Frisch'sche Bacillus für Rhinosklerom specifisch pathogen und von dem Friedländer-Bacillus und dem Abel-Loewenberg'schen Bacillus zu differenziren sei.

FINDER.

38) **O. Butzengeiger** (Paderborn). **Zur Chirurgie des Stirnhirnabscesses. Ein Fall von geheiltem Stirnhirnabscess.** *Münchener med. Wochenschr. No. 46. 1911.*

Mittheilung der Kranken- und Operationsgeschichte eines rhinogenen Stirnhirnabscesses nebst eingehenden epikritischen Erörterungen: 12 jähriger Knabe mit leichter Rachendiphtherie, Nase angeblich frei. Oedem der nasalen Umgebung des rechten Auges, Stirnhöhlengegend druckempfindlich. Fieber (38,6). Keine Störungen von Seiten des Nervensystems. Augenhintergrund und Urin in Ordnung. Allmähliches Auftreten eines subperiostalen Abscesses über der rechten Stirnhöhle,

der 8 Tage nach der Aufnahme des Pat. in das Landeshospital incidirt wurde. „Knochen im Bereich des Abscesses periostentblösst, doch nirgends eine Perforationsöffnung sichtbar“. Im Eiter: kurze Streptokokken. Nach weiteren 8 Tagen bei normal bleibender Temperatur Erbrechen, öfters „Aufschreien“, Herabsinken des Pulses auf 66. Keine meningitischen oder Herdsymptome. Zweite Operation: Freilegung der Dura, die stark gespannt und ohne Pulsation ist. Punction ergiebt in sehr geringer Tiefe Eiter. Nun erst Freilegung der Stirnhöhle, die „etwas Eiter enthält“. „Perforationsstelle weder an der hinteren noch an der vorderen Wand des Sinus frontal. sichtbar“. Drainage zum unteren medialen Wundwinkel nach Eröffnung des Gehirnabscesses. Verschwinden sämmtlicher cerebraler Erscheinungen. Nach weiteren 8 Tagen Recidiv der cerebralen Erscheinungen in Folge Eiterretention. Dritte Operation: Breite Eröffnung der Operationswunde und „Gegentrepanationsöffnung an einer dem lateralen Ende des Abscesses entsprechenden Stelle der rechten Schläfengegend etwa 2 fingerbreit über dem lateralen Ende des oberen Orbitalrandes und durch diese Durchführung eines Drains durch die Abscesshöhle nach der Stirn“. Abtragung eines taubeneigrossen Gehirnprolapses. Anscheinende Heilung. Nach 18 Tagen nochmaliges Auftreten cerebraler und localer Symptome. Vierte Operation: Nochmalige Freilegung und Abscessentleerung. Wieder Drainage, auch durch die seitliche Gegenöffnung. Abtragung eines wallnussgrossen Gehirnprolapses. Nun endgültige Heilung; ein fast hühnereigrosser Gehirnprolaps bildete sich unter Abstossung kleiner Theile allmählich völlig zurück. Ueber die $2^1/_2$ cm breite und $3^1/_2$ cm hohe Knochenlücke musste Pat. zunächst eine Metallschutzplatte tragen. $4^1/_2$ Monate nach der Aufnahme wird Pat. geheilt entlassen. 2 Monate darnach fünfte Operation behufs osteoplastischer Deckung des Knochendefectes vermittelst eines „3—5 mm dicken, entsprechend grossen Rindenstückes mit reichlichem das Knochenstück nur $^1/_2$—1 cm überragendem Periost der rechten Tibia“, das in die Schädellücke eingesetzt und dessen überhängendes Periost durch einige Nähte mit dem angrenzenden Periost vereinigt wurde. Darüber exacte Hautnaht.“ Völlig reactionslose Heilung mit ausgezeichnetem, auch kosmetischem Resultat. Epikritisch weist Autor auf die Seltenheit des Durchbruches einer Stirnhöhleneiterung nach aussen und ausserdem noch Vordringen der Infection nach dem Gehirn zu hin. Als Symptome des Gehirnabscesses kamen das wiederholte Erbrechen, das plötzliche wiederholte Aufschreien und insbesondere das beträchtliche Sinken der Pulsfrequenz in Betracht. Gerade das letztere Symptom, das auch bei den Recidiven auftrat, dient als besonders werthvolles diagnostisches Mittel. Auffallend ist, dass trotz der Entfernung relativ grosser Mengen von Gehirnsubstanz bei dem intelligenten Jungen keinerlei objective oder auch nur nennenswerthe subjective Störungen auftraten. Bezüglich der durch die ungünstigen Abflussverhältnisse bedingten Eiterretentionen glaubt Autor, dass die in seinem Falle „zum ersten Male gemachte Anlegung einer Gegentrepanation und Drainage des Abscesses sowohl nach der Stirn wie nach der Schläfe zu besonders bei grösseren und lateral sich erstreckenden Stirnhöhlenabscessen als die eine Eiterretention mit ihren verhängnissvollen Folgen am sichersten verhütende Methode empfohlen werden kann“. Die Bedenken gegen Anlegung einer solchen Gegenöffnung quoad Gefahr einer consecutiven

Meningitis sucht Autor zu entkräften. Die freie Transplantation eines periostgedeckten Tibiastückes zur Deckung des Schädelknochendefectes glaubt Autor auf Grund des hier günstigen Resultates warm empfehlen zu dürfen.

Man kann sich bei der Lectüre der Arbeit dem Eindruck nicht entziehen, dass bei Zuziehung eines Rhinologen und Vornahme einer Röntgenphotographie die ätiologische Diagnose wohl früher und richtiger gestellt, und dass bei Vornahme der ersten Operation nach den modernen rhino-chirurgischen Anschauungen wohl auch der Verlauf ein anderer geworden wäre.

HECHT.

39) **Nemenow** (Petersburg). **Zur Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 96. Bd. 2. H. 1911.*

Ein vorgeschrittener Fall von Rhinosklerom der Nase, Oberlippe, des Oberkieferzahnfleisches, harten und weichen Gaumens wurde durch Röntgenbestrahlung zur Heilung gebracht.

SEIFERT.

40) **W. J. Collins** und **J. D Collins. Fibrom der Nase. (Fibroma of the nose.)** *Journ. Amer. Med. Associat. 9. Sept. 1911.*

Es handelte sich um eine Geschwulst der äusseren Nase, die sich aus einer Acne rosacea entwickelt hatte; die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibrom.

EMIL MAYER.

41) **David M. Grieg. Eine Mischgeschwulst der Nasefrontalgegend. (A complex tumour of the nase-frontal region.)** *British Journal of Children's diseases. October 1911.*

Der Tumor bestand seit der Geburt bei einem 17 Monate alten männlichen Kinde. Er stellte eine gestielte, kugelige Masse dar, von der Grösse eines Taubeneies, war von rother Farbe, entsprang von der linken Seite der Nasenbasis und bedeckte das linke Auge. Bei der Entfernung der Geschwulst konnte man constatiren, dass sie keine Verbindung mit Knochen oder Periost besass, bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass sie aus naevoidem Gewebe mit einer Menge von fibrösem, glandulärem Gewebe und quergestreiften Muskeln bestand.

JOHN WRIGHT.

42) **G. Herxheimer** (Wiesbaden). **Ueber das sogenannte „harte Papillom" der Nase, mit Beschreibung eines Falles der Stirnbeinhöhle.** *Zeitschr. für Lar. Bd. 4. S. 249. 1911.*

Verf. fand in der Literatur 38 Fälle von „hartem Papillom" der Nase. Während aber alle diese Fälle in der Nasenhöhle entstanden waren, ging der Fall, den der Autor eingehend beschreibt, von der Stirnhöhle aus. Es handelte sich um eine 60 Jahre alte Frau, bei der im Verlaufe von 2 Jahren sich eine Anschwellung über der rechten Stirn entwickelte und zu Hirndrucksymptomen, Doppelbildersehen und Exophthalmus führte. Nasenhöhle normal. Bei der Operation zeigte es sich, dass der Tumor durch Druckusur die vordere Wand der rechten Stirnhöhle theilweise und die hintere vollständig zerstört hatte und in Kleinhandtellergrösse zwischen Schädelbasis und Stirnhirn gewuchert war. Dura normal. Auch war die Geschwulst durch theilweise Zerstörung der unteren Stirnhöhlen-

wand in die Orbita durchgebrochen; im ferneren Durchbruch in die linke Stirnhöhle, dieselbe zu einem Drittel mit Tumormassen ausfüllend. Die Geschwulst hatte graue Farbe und blumenkohlartiges Aussehen und war durch mitgetheilte Bewegung vom Gehirn pulsirend. Exstirpation des Tumors mit ausgedehnter Knochenresection und Opferung des rechten Auges. 14 Tage später Ueberdeckung des noch faustgrossen Defektes mit grossen gestielten Stirnhautlappen. Ein halbes Jahr nach der Operation noch Fistel. Genauer mikroskopischer Befund: Ueberall scharfe Grenzen zwischen Bindegewebe und Epithel. Letzteres war ein flimmertragendes Cylinderepithel, in Folge Druck in den tieferen Lagen abgeplattet und dann scheinbar wie Plattenepithel aussehend (Pseudometaplasie). Verf. bezeichnet den Tumor, der nach seinem klinischen Verlaufe und dem makroskopischen Aussehen dem „harten Papillom" entspricht, nach dem mikroskopischen Befunde als Fibroepithelioma papillare cylindrocellulare des Sinus frontalis.

Nicht zutreffend ist auf S. 253 die Angabe, dass primäre Carcinome der Stirnhöhle unbekannt seien. Allerdings ist die Zahl der sicher festgestellten Fälle gering.

OPPIKOFER.

43) G. Anzilotti. **Ueber einen eigenthümlichen histologischen Befund in einem Papillom der Nasenhöhle. (Sopra un singolare reperto istologico in un papilloma delle cavità nasali.)** *Arch. Ital. di Otologia. No. 1. 1912.*

In einer Neubildung, die das typische Bild des Papilloms bot, hat Verf. Elemente gefunden, die er für Plasmazellen mit besonderen Degenerationserscheinungen anspricht, welch letztere der hyalinen Degeneration verwandt sind.

CALAMIDA.

44) F. de Sojo (Barcelona). **Riesenpolyp der Nasenhöhle. (Pólipo mixomatoso gigante de las fosas nasales.)** *Revista „La Oto-Rino-Laringologia". No. 1.*

Ein Solitärpolyp der linken Nasenhöhle, im mittleren Nasengang inserirend, 8 cm lang, 16 cm an der Stelle des grössten Umfanges, 128 g an Gewicht. Entfernung mit der kalten Schlinge.

TAPIA.

45) Eugen Pollak (Graz). **Ueber die „endothelialen" Geschwülste der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Verf. giebt genaue Krankengeschichte, Operationsverlauf, Sectionsbericht und histologische Untersuchung eines eigenen Falles und knüpft daran eine kritische Besprechung des augenblicklichen Standes der Diagnostik der „endothelialen" Geschwülste. Abbildungen. Literaturübersicht.

WILH. SOBERNHEIM.

46) D. S. Doughtery. **Fall von Myxo-Fibro-Sarkom der Nase und des Nasenrachens, entfernt mittels der Bodine'schen Modification der Boeckel'schen Operation; Recidiv. (Case of Myxo-Fibro-Sarcoma of the nose and nasopharynx, removed by Bodine's modification of the Boeckel Operation; recurrence.)** *The Laryngoscope. Mai 1911.*

Nach vorheriger Unterbindung der rechten Carotis externa wurde eine Incision über dem Nasendach von gerade oberhalb dem inneren Augenmuskel zu einem entsprechenden Punkt auf der anderen Seite gemacht, der Schnitt dann längs der

Nasenfurche bis gerade oberhalb des Nasenflügels, dann durch Nase, Tumor und knorpeliges Septum bis zur entgegengesetzten Seite geführt. Die Knochen wurden dann längs des senkrechten Schnittes durchtrennt und die abgetrennte Nasenhälfte nach der anderen Wange hinübergebogen und kräftig retrahirt gehalten. Die Entwickelung des Tumors war schwierig, jedoch konnte er in toto entfernt werden. Er schien von der Basis des Keilbeins auszugehen, gerade oberhalb der mittleren Muschel. Die Blutung war gering. Die Nase wurde dann reponirt, die Incisionen durch Naht geschlossen und eine Ash'sche Schiene in die linke Nasenhöhle gelegt. Bei dem Recidiv handelte es sich um ein ausgesprochenes Sarkom.

EMIL MAYER.

47) **Charles H. Knight. Fall von Nasensarkom intranasal entfernt; Recidiv nach dreizehn Jahren; Operation von aussen und kein Recidiv nach $3^1/_2$ Jahren. (Case of nasal sarcoma, removed by intra-nasal operation; recurrence after thirteen years; external operation and no return after three and a half years.)** *The Laryngoscope. Juli 1911.*

Cfr. Verhandlungen der 33. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Mai 1911.

EMIL MAYER.

48) **J. H. Farrell. Sarkom der Nase und des Nasenrachens. (Sarcoma of the nose and nasopharynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1911.*

Nach wiederholten äusseren Operationen ging Pat. $2^1/_2$ Jahre nach Auftreten der ersten Erscheinungen zu Grunde. Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen für intranasale Operationen. Er ist der Ansicht, dass eine radicale Antrumoperation denselben Zweck erfüllt haben würde, wie die Oberkieferresection.

EMIL MAYER.

49) **J. Harris. Ein Fall von Nasensarkom von aussen operirt. (A case of sarcoma of the nose operated by the external method.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Die Diagnose schwankte zuerst, da auch die histologische Untersuchung eines probeexcidirten Stückes keine absolute Sicherheit gab, zwischen Sarkom und Lues. Eine specifische Cur blieb erfolglos. Nachdem die Diagnose Sarkom gesichert war, wurde von aussen operirt.

EMIL MAYER.

50) **George Willinson. Ein Fall von Melanosarkom der Nase. (A case of melanotic sarcoma of the nose.)** *Journal of Laryngology. Januar 1912.*

Ein 52jähriger Mann litt seit 2 Jahren an Kopfschmerzen und Nasenverstopfung links, mit geringem blutig gefärbtem Ausfluss seit 3 Monaten. Man fand eine dunkelbraune, die ganze linke Nase ausfüllende Geschwulst, die den Nasenflügel nach aussen drängte und infiltrirte. Die betreffende Seite war bei der Durchleuchtung dunkel. Der Nasenrachenraum war frei. Die Untersuchung eines von der Geschwulst entfernten Stückes ergab ein kleinzelliges Pigmentsarkom. Der linke Oberkiefer nebst dem Nasenflügel und ein Stück der Wange nebst Oberlippe wurden entfernt und ebenso ein Theil vom Septum, das erkrankt gefunden wurde. Der Patient genas und es ist jetzt ein Jahr ohne Recidiv verflossen.

Die Geschwulst bestand aus drei Portionen: Eine von der Haut des Vestibulum ausgehende und diese tief infiltrirende Masse, eine einem Nasenpolypen ähnelnde Masse die von der mittleren Muschel mittelst eines Stiels entsprang und von sarkomatöser Structur war, und drittens eine sarkomatöse Ulceration am Septum, augenscheinlich durch Contactinfection entstanden. Die ursprüngliche Geschwulst entsprang wohl vom Vestibulum.

JOHN WRIGHT.

51) **I. Kubo. Nochmals über die wahre Ursprungsstelle der solitären Choanalpolypen (Antrochoanalpolypen nach Kubo).** *Verhandlungen der XV. Versammlung der Aerzte zu Kiushiu. 1909.*

Durch 12 neuere Fälle stützt Verf. seine Behauptung über die wahre Ursprungsstelle der sogenannten solitären Choanalpolypen. Die meisten kommen aus der Schleimhaut der Kieferhöhle (Antrochoanalpolypen), aber auch aus der Keilbeinhöhle (ein Fall mitgetheilt und Sphenochoanalpolypen genannt). Die Antrochoanalpolypen kommen auch im jugendlichen Alter vor (2 Fälle bei 14jährigen Personen mitgetheilt). Verf. beobachtete eine furchtbare Nachblutung aus der Kieferhöhle nach intranasaler Abtragung eines Antrochoanalpolypen bei einem sonst ganz gesunden Manne und weist auf die von ihm empfohlene Radicaloperation hin.

KUBO.

52) **Siawinski** (Warschau). **Zur operativen Behandlung der Nasen-Rachengeschwülste.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 36. 1911.*

Nach der von Krogius empfohlenen Methode gelang es, ein sehr grosses Nasen-Rachenfibrom ohne Tracheotomie in toto zu entfernen.

SEIFERT.

53 **W. A. Wells. Bericht über drei fibröse Nasen-Rachenpolypen. (Relation de trois cas de polypes fibreux du nasopharynx.)** *Archives Internationales de laryng. Tome XXXII. No. 2. 1911.*

Offenbar verwechselt unser Autor die Choanalgruppen mit den Fibromen des Nasopharynx, sonst würde er kaum Killian die Meinung zuschreiben, dass diese letzteren in der Kieferhöhle ihren Ursprung nehmen. Ebenso zweifelhaft ist der therapeutische Vorschlag des Autors, diese Tumoren mit der kalten Schlinge zu operieren. Es ist ihm dies in drei persönlichen und kurz mitgetheilten Fällen gelungen, aber das ist bei Weitem nicht die allgemeine Regel. Schon auf dem Berliner Congress ist aufgefallen, dass der Berichterstatter die Denker'sche Operation für die Abtragung dieser Tumoren nicht erwähnte. Bei der Aufzählung der verschiedenen Operationswege begeht unser Autor dieselbe Unterlassung.

LAUTMANN.

54) **Kanellis. Ueber drei Fälle von fibrösen Nasenrachenpolypen. (Considérations sur trois cas de tumeurs fibreuses nasopharyngiennes.)** *Archives Internationales de laryng. Tome XXXII. No. 3.*

Abdruck des Vortrages, den der Autor auf dem Internationalen Laryngologen-Congress in Berlin gehalten (s. Bericht). Obzwar aus den Krankengeschichten es nicht gerade ersichtlich ist, muss constatirt werden, dass der Autor sich der Ansicht von Jacques anschliesst, nach welcher diese Tumoren nicht vom Cavum ausgehen, sondern von der Nase.

LAUTMANN.

55) **Walter A. Wells. Bericht über drei Fälle von Nasenrachenpolyp. (Report of three cases of fibrous polyp of the nasopharynx.)** *The Laryngoscope. Juli 1911.*

Die drei mitgetheilten Fälle betreffen Kinder von 15, 10 und 17 Jahren. In allen Fällen war die allgemeine Gesundheit stark beeinträchtigt. In allen Fällen war die Geschwulst gestielt; in zwei Fällen war sie solitär, im dritten Fall multipel. Im letzteren Falle glich die Geschwulst weniger einem Fibrom, als in den andern beiden, jedoch ergab die histologische Untersuchung, dass es sich auch hier um ein solches handelte. Die Geschwulst konnte jedesmal mit der kalten Schlinge entfernt werden. Recidiv ist nicht aufgetreten. EMIL MAYER.

56) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvar, Ungarn). **Neue Methode und neues Instrument für die Durchleuchtung des Siebbeinlabyrinths, der Kieferhöhle, des Mittelohres und der Augenhöhle**. *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1911.*

Verf. führt ein elektrisches Lämpchen in den Nasenrachen des zu Untersuchenden und durchleuchtet von hier aus die Kieferhöhlen besser als vom Munde aus, ferner das Siebbein und wenn die Lampe tief in die Rosenmüller'sche Grube eingedrückt wird, das Mittelohr. Vom Nasenrachen aus lässt sich die Lampe in die Choanen und weiter in den mittleren und den oberen Nasengang einführen. Dabei werden Kieferhöhle und Siebbeinzellen noch von einer andern Richtung her durchleuchtet, es gelangen ferner reichlich Lichtstrahlen in die Orbita, weshalb sich das Instrument besser als die früheren zur Ophthalmodiaphanoskopie (Hertzell, Langenhan) eignet.

(Kolozsvar ist die ungarische Bezeichnung für die gute deutsche Gründung Klausenburg. Weshalb die Deutsche medicinische Wochenschrift den ungarischen Namen abdruckt, ist dem Ref. räthselhaft.) ZARNIKO.

57) **Sidney Yankauer. Ein Speculum zur directen Besichtigung und Behandlung des Nasenrachens und der Eustachischen Tuben. (A speculum for the direct examination and treatment of the naso-pharynx and Eustachian Tubes.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Das Speculum wird bei gewöhnlicher aufrechter Haltung des Patienten eingeführt; Cocainisirung des Nasenrachens ist nur bei sehr empfindlichen Individuen angezeigt. Der Kopf wird so weit als möglich gestreckt und nach der Ohrseite, die untersucht werden soll, in einem Winkel zu 45° gedreht. Das schnabelförmige Ende des Speculums wird dann hinter den weichen Gaumen geführt, das proximale Ende des Instruments kommt in den entgegengesetzten Mundwinkel zu liegen und indem man die Stange als Hebel benutzt, wird der weiche Gaumen so weit nach vorn gezogen, bis die zu untersuchenden Theile sichtbar werden. Zuerst erscheint die Hinterwand des Nasenrachens und die Rosenmüller'sche Grube. Adenoide Vegetationen können gesehen und mit einer geraden Zange entfernt werden. Die Rosenmüller'sche Grube kann sondirt, ausgespült, tamponirt werden etc. Indem man das Speculum etwas weiter nach vorn zieht, bekommt man die Tubenwülste und die Tubenöffnung zu Gesicht, die nun gleichfalls untersucht und behandelt werden können. EMIL MAYER.

58) **E. M. Holmes. Die Untersuchung und Behandlung des Nasenrachens und der Tuba Eustachii mittels des Nasopharyngoskops. (The examination and treatment of the nasopharynx and Eustachian Tube by aid of the nasopharyngoscope.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1911.*

Das „Nasopharyngoskop" ist nach Art eines kleinen weiblichen Cystoskops construirt und wird durch die Nase in den Nasenrachenraum geführt. Man kann mit seiner Hilfe alle pathologischen Zustände im Epipharynx und an den Tuben beobachten und behandeln. So hat Verf. z. B. ein auf dem Boden der Tuba Eustachii sitzende polypoide Geschwulst diagnosticiren und entfernen können.

EMIL MAYER.

59) **Francis P. Emerson. Das electrische Nasopharyngoskop. (The electric nasopharyngoscope.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1911.*

Verf. hält das Instrument für ungemein werthvoll, nicht bloss für die Behandlung exceptioneller Fälle, sondern vor Allem auch für die Therapie der chronischen Tubenkatarrhe.

EMIL MAYER.

60) **F. Loval. Versuch der directen hinteren Rhinoskopie. (Essai de rhinoscopie postérieure directe.)** *Revue hebdom. de Laryngologie. No. 1. 1912.*

Empfohlen wird die Methode von Gyergyai zur hinteren Rhinoskopie. Bei der Unkenntniss des Magyarischen passirt es Laval, dass er fortwährend seinen Autor bei seinem Taufnamen, Arpad, citirt und so ständig von der Methode Arpad's spricht. Sonst mag erwähnt werden, dass Laval die Methode von Gyergyai nur zu diagnostischen Zwecken bisher benutzt hat. Leicht scheint die Technik nicht zu sein, jedenfalls hat Laval auch nur zu diagnostischen Zwecken die Resultate seines Vorgängers nicht erreichen können.

LAUTMANN.

c. Mundrachenhöhle.

61) **Raissner** (München). **Moderne Mundhygiene.** *Berl. Verlagsanstalt. 1911.*

Von dem unanfechtbaren Satz ausgehend, dass eine Mundhygiene nicht etwa nur, wie noch oft vielfach von Aerzten, noch mehr aber vom Laienpublicum angenommen wird, in dem einfachen Mundausschwenken mit einem Mundwasser bestehen kann, sondern hauptsächlich darin, dass die ursächlichen Momente für irgend welche Schädigungen der Mundhöhle aufgesucht und in Behandlung genommen werden müssen, wendet sich der Verf. mit seinen Ausführungen über moderne Mundhygiene an Zahnärzte, praktische Aerzte und das Laienpublikum (daher die mehr populäre Darstellung) mit der Mahnung, den Erkrankungen der Zähne, den Veränderungen des Kiefers, sowie der gesammten Mundhöhle genügende Aufmerksamkeit zu widmen. In Bezug auf die Ursachen von Unregelmässigkeiten und schlechter Entwicklung der Zähne weist er auf den eminenten Einfluss der Rachitis hin, ferner auf die Möglichkeit einer Infection von einer Mundhöhle auf die andere; es müsste mit Bezug darauf besonders auch auf die Umgebung der kleinen Kinder das Augenmerk gelenkt werden. In Laienkreisen ist vielfach noch die Ansicht verbreitet, dass es unnöthig resp. unmöglich sei, Kinder-

zähnchen mit Füllungen zu erhalten. — Wir vermissen in den beherzigenswerthen, auf reiche eigene Erfahrung gestützten Ausführungen einen Hinweis auf den hohen Werth von Schulzahnärzten, deren Thätigkeit in vielen Städten schon eine segensreiche Wirkung für das Volkswohl gezeitigt hat. SEIFERT.

62) **L. J. Frissell. Der Mundrachen als Eintrittspforte für Infection. (The oro-pharynx as a portal of entry for infection.)** *The Laryngoscope. Oct. 1911.*

Verf. bespricht die Toxinresorption (Diphtherie) vom Rachen aus, sowie die Bakterieninvasion (Tuberculose, septische Infection durch Eitererreger). Um welches von beiden es sich bei Rheumatismus handelt, ist noch nicht ganz sicher. Er erörtert besonders eingehend die Art der Entstehung einer tuberculösen Infection vom Rachen aus, ferner auch die Möglichkeit einer oralen Infection bei den exanthematischen Krankheiten.

Auch Gastritis und perniciöse Anämie dürften in manchen Fällen bedingt sein durch leichte, aber constante Resorption von Eitererregern aus kleinen Herden, wie sie z. B. in der Umgebung der Zahnwurzeln oder in der Tiefe der Tonsillarkrypten existiren können, ohne dass locale Erscheinungen vorhanden sind.

EMIL MAYER.

63) **W. W. Roblee. Submaxillare Infection; Angina Ludovici. (Submaxillary infection; Ludwigs angina.)** *Southern California Practitioner. Jan. 1911.*

Alle submaxillaren Infectionen, inclusive der Angina Ludovici, sind pathologisch derselbe Process und keine verschiedenen Krankheitseinheiten. Die Infection wandert längs bestimmter Bindegewebsebenen. Alle diese Infectionen sind ernster Natur; erreichen sie Mund- und Rachenhöhle, so verlaufen sie in 50 pCt. tödtlich. In jedem Fall sollte frühzeitig incidirt werden. EMIL MAYER.

64) **Georg Atzrott** (Berlin). **Zwei Fälle von Angina Ludwigii.** *Inaugural-Dissertation. 16. Febr. 1912.*

Verf. giebt zunächst eine ausführliche Beschreibung der Erkrankung, der er die Eintheilung in folgende Capitel zu Grunde legt:

1. Typischer Verlauf, 2. Anatomie, 3. Aetiologie, 4. Symptome und Verlauf, 5. Pathologische Anatomie, 6. Therapie.

Hieran anschliessend folgen zwei eigene Beobachtungen mit Obductionsbefund.

WILH. SOBERNHEIM.

65) **Clarence Porter Jonas. Ein Fall von Submaxillarabscess verursacht durch Gebrauch eines inficirten Zahnstochers. (A case of submaxillary abscess caused by the use of an infected toothpick.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Sept. 1910.*

Es bestand in dem mitgetheilten Fall zweifellos eine locale Neuritis des Vagus etwas unterhalb des oberen Halsganglions; der Zustand des Patienten war so, als ob der Nerv verletzt war. Es bestand ferner Kiefersperre infolge Irritation des oberen Cervicalganglions, auch als sich Pat. im Zustand tiefer Bewusstlosigkeit befand. EMIL MAYER.

66) **R. A. Coffin. Ein Fall von chronischem Pemphigus vulgaris der Mundhöhle und des Kehlkopfes. (A case of pemphigus chronic vulgaris of the oral cavities and larynx.)** *Boston medical and Surgical Journal. 27. April 1911.*

Der Fall betraf eine 57jährige Frau und verlief tödtlich. EMIL MAYER.

67) **E. W. Dittrich. Schleimhauttuberculose des harten Gaumens. (Tuberculosis of mucosa of hard palate.)** *Archives of diagnosis. Juli 1911.*

Bei einem Phthisiker fanden sich beiderseits von der Mittellinie des harten Gaumens Anhäufungen von stecknadelkopfgrossen etwas erhabenen Knötchen, die etwas entzündet waren und in ihrer Mitte oberflächliche, unregelmässig gespaltete Ulcerationen. Die Geschwüre heilten unter Aetzung mit 95proc. Carbolsäure, wogegen die Knötcheneruptionen sich weiter ausbreiteten. EMIL MAYER.

68) **R. Imhofer** (Prag). **Ein Fall von Tuberculose der hinteren Rachenwand.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 46. S. 81. 1912.*

Es handelt sich um den seltenen Fall eines Tuberculoms der Pars oralis des Pharynx. Das erbsengrosse Tuberculom sass bei der 21 Jahre alten Patientin in der Mitte der im übrigen gesunden hinteren Rachenwand; Exstirpation mittelst der Zange und histologische Untersuchung. Nach einem Jahre kein Recidiv. Recidivirendes Tuberculom am knorpeligen Septum, Retronasalraum ohne Veränderung. Lungen gesund. OPPIKOFER.

69) **Goris. Ein Fall von Actinomycosis des Pharynx. (Un cas d'actinomycose pharyngéenne.)** *Journ. de Chir. et Annal. de la Soc. belge de Chir. No. 15. 2. 1911.*

In der Sitzung der Belg. chir. Gesellschaft vom 31. Dec. 1910 zeigt G. ein Präparat von Aktinomykose vor, die von Prof. Bordet festgestellt worden war, herrührend von kleinen Abscessen der rechten Mandel, welche G. eröffnet hatte; eine mehrtägige Application von Jodtinctur in die kleinen Abscesshöhlen hatte eine curative Wirkung. BAYER.

70) **Max Levy** (Charlottenburg). **Zur Diagnose und Therapie der Peritonsillitis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1911.*

Für die Diagnose der Peritonsillitis sind besonders drei Symptome zu beachten: Einseitigkeit des Leidens, Irradiation der Schmerzen nach dem Ohr, Fehlen oder Zurücktreten der Allgemeinerscheinungen.

Für die Behandlung leistet die Stauungsbinde wenig. Nützlicher erscheint das Ansaugen der Tonsille. Doch gelingt es nur selten hierdurch den Process zum Rückgang zu bringen. Es ist deshalb besser die Eiterbildung durch Wärmeapplication zu beschleunigen und darauf den Eiter durch eine Incision zu entleeren. Die Killian'sche Methode, von der Fossa supratonsillaris einzudringen, wendet Verf. seltener an, desgleichen die Punctionsnadel. Um häufige Recidive zu beseitigen, exstirpire man den oberen Lappen der Tonsille.

ZARNIKO.

71) **Krause** (Reichenhall). **Zur Technik der Eröffnung von Peritonsillarabscessen.** *Med. Klinik. 6. 1912.*

Der höchste Punkt für die Incision liegt in einer Linie, welche man sich vom obersten Pole der Tonsille quer über die Intumescenz zur Seitenwand gezogen denkt. Einstechen etwa $1^1/_2$ cm vom Rande des Arcus palatoglossus entfernt und das Scalpell parallel zu dessen Rande nach abwärts führen. SEIFERT.

72) **Joseph B. Greene. Einige Indicationen und Contraindicationen für die Entfernung der Gaumenmandeln. (Some indications and contraindications for removal of the faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. Juni 1911.*

Alle Tonsillen, die in den Drüsen oder dem angrenzenden Gewebe Erscheinungen hervorrufen, wie Peritonsillitis, Cervicaladenitis, eitrige Mittelohrentzündung, sollen in toto enucleirt werden. In Fällen mit obscuren Magensymptomen soll der Arzt auf die Tonsillen achten und sie, wenn nöthig, entfernen. Findet sich in Fällen von Nephritis, Pleuritis, Endo- und Pericarditis ein suspectes Aussehen der Tonsillen und keine andere Genese der Infection, so sollen sie entfernt werden.

EMIL MAYER.

73) **Boulai** (Rennes). **Wann und wie soll man die Mandeln entfernen? (Quand et comment doit-on enlever les amygdales?)** *La Clinique. No. 8. 1912.*

Eine echte Tonsillectomie ist weder bei Erwachsenen noch bei Kindern gestattet. Die Mandeln haben eine uns vorläufig noch unbekannte Function, derentwegen es nicht gestattet ist, dieselben mit Stumpf und Stiel auszurotten. Uebrigens glauben viele eine Tonsillectomie gemacht zu haben, die in Wirklichkeit nur eine gute Tonsillotomie ausgeführt haben. Wenn operirt werden soll, giebt Verf. den Vorzug der Zange von Ruault (Morcelleur), mit der man ein grosses Stück der Mandel ohne besondere Blutung und ohne besondere Schmerzen ausschneiden kann. Es ist daher die Anästhesie in den seltensten Fällen nöthig. Bei Kindern besonders ersetzt man dieselbe durch festes und geschicktes Halten. Wichtiger wie das Herausschneiden der Mandeln bei Erwachsenen ist das Zerstören der Krypten. Hierzu empfiehlt Verf. hauptsächlich die Schlitzung und nur im Ausnahmefalle den elektrischen Brenner. Der Artikel ist für den praktischen Arzt bestimmt und sind daher von laryngologischer Seite aus manche Ansichten Verf.'s discutirbar, namentlich die über die locale Anästhesie. LAUTMANN.

74) **Mieczylaw Gantz** (Warschau). **Ueber eine eigenartige recidivirende Mykose der Zunge. (Glossomycosis membranacea benigna recidivans.)** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Die Krankheit, die durch einen bis jetzt wahrscheinlich unbekannten Strahlenpilz verursacht wird (siehe Abbildungen), charakterisirt sich durch oberflächliche, später in die Tiefe dringende Beläge, die erst fest anhaftend, sich später allmählich ablösen lassen, wonach Heilung eintritt. Die Beschwerden sind sehr lebhaft.

WILH. SOBERNHEIM.

75) **Schridde** (Freiburg i. Br.). **Erstickung durch eine Zungengrundcyste.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 31. S. 1461. 1911.*

Die Zungengrundcyste presste die Epiglottis fest auf den Kehlkopfeingang.

Exitus (trotz Tracheotomie) durch Erstickung, weil sich zuviel zäher Schleim in Luftröhre und Hauptbronchien angesammelt hatte. ZARNIKO.

76) **J. A. Masip. Die Zungentonsille bei den Tuberculösen. (La amigdala lingual en los tuberculoses.)** *Rev. Barcelonesa de enf. del oido, nariz y garganta. 31. Dec. 1911.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Zungentonsille ist bei den Tuberculösen oft hypertrophirt; in einigen Fällen ist dies die Ursache des Hustens; in manchen Fällen handelt es sich nicht um eine Hypertrophie, sondern um eine larvirte Tuberculose. O. J. TAPIA.

77) **Hans E. Walther** (Zürich). **Zur Pathologie und Therapie der Zungenstruma.** *Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 74. H. 1. 1912.*

Beschreibung von zwei selbst beobachteten Fällen. Während das histologische Bild das Schilddrüsengewebe in den verschiedensten Entwickelungsstadien darstellt, ist der Sitz des Tumors stets genau in der Mittellinie, entsprechend dem Foramen coecum bezw. dem Ductus thyreoglossus. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um eine vorzeitige Entwickelung der unpaarigen Schilddrüsenanlage, um einen unvollendeten Descensus. Die Ursachen zu einer solchen Strumaentwickelung ist jedenfalls dieselbe wie bei der Entwickelung des gewöhnlichen Kropfes. Das weibliche Geschlecht prävalirt hierbei noch mehr als bei der üblichen Struma. Die Therapie ist eine operative; der kleinere, leicht bewegliche Tumor kann durch den Mund exstirpirt werden (Fall 2), während die grossen, tiefsitzenden durch Pharyngotomia suprahyoidea oder temporäre Unterkieferresection entfernt werden müssen. WILH. SOBERNHEIM.

d. Diphtherie und Croup.

78) **Lux** (Rostock). **Die zur Zeit herrschende Diphtherieepidemie. (Nach Erfahrungen in Rostock.)** *Med. Klinik. 8. 1912.*

Rostock steht zur Zeit unter der Herrschaft einer Diphtherieepidemie, die sowohl in Bezug auf die Morbidität als auch auf die Mortalität als eine schwere zu bezeichnen ist. Insbesondere drücken die Mischinfectionen der Epidemie ihren besonderen Stempel auf, der sie zu der so schweren macht. Während dieser Epidemie wurden 16 Fälle von echtem diphtheritischem Croup behandelt, mit der verhältnismässig hohen Mortalität von 50 pCt. Die Intubation, auch für den praktischen Arzt, wird sehr empfohlen. SEIFERT.

79) **Sommerfeld** (Berlin). **Beitrag zur Epidemiologie der Diphtherie. Bacillenträger und Bacillenpersistenz.** *Archiv f. Kinderheilk. Bd. 57. 1912.*

Der Diphtheriebacillus findet sich häufig im Rachen Gesunder, ohne Krankheitserscheinungen auszulösen (Bacillenträger), aber nur bei solchen Individuen, die mit Diphtheriekranken in Berührung waren. Auch diphtheriereconvalescente Kinder können noch Monate hindurch Bacillen auf ihren Schleimhäuten beherbergen. Solange es kein Mittel giebt, die Bacillenträger schnell und sicher von

ihren Bacillen zu befreien, bleibt die Bekämpfung der Diphtherie zunächst beschränkt auf frühzeitiges Erkennen und frühzeitige specifische Behandlung.

SEIFERT.

80) **W. F. Emous** (Amsterdam). **Ein Diphtheriefall. (Een diphtheriegeval.)** *Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. II. S. 2181. 1910.*

Fünfjähriges Kind ist seit zwei Tagen erkrankt; Temperatur 38, leichter Stridor, Unterkieferdrüsenschwellung, Fötor ex ore. Bakteriologisch Diphtherie. Serum wird eingespritzt. Am nächsten Tage Zunahme des Stridors, Cyanose. Tracheotomia inferior. Es geht keine genügende Luft hinein; kleiner, sehr frequenter Puls, zunehmende Dyspnoe, künstliche Athmung; ohne dieselbe Athemstillstand. Das Kind macht den Eindruck eines Sterbenden. Jetzt wird ein weicher Katheter in die Luftwege tief hinabgeführt, dessen Bewegung Husten und die Herausbeförderung von Membranen bewirkt. Nach oft wiederholter Einführung des Katheters und massenhafter Membranausstossung fängt das Kind spontan wieder an zu athmen. Heilung.

H. BURGER.

81) **D. Rolleston. Diphtherie des Oesophagus. (Diphteria of the oesophagus.)** *Brit. Journ. of Children's Diseases. Januar 1912.*

Es handelt sich um einen Sectionsbefund bei einem $4^1/_2$ Jahre alten Knaben, der am elften Krankheitstage starb. Antitoxin war nicht gegeben worden.

Nase, Rachen und Kehlkopf waren hochgradig erkrankt. Im unteren Drittel des Oesophagus fand sich eine ausgedehnte und ziemlich tiefe Ulceration. Es war keine Membranbildung im Oesophagus vorhanden, jedoch konnten Diphtheriebacillen mit Leichtigkeit in der Ulcerationsfläche isolirt werden. Verf. fügt seinem Fall eine sehr ausführliche Bibliographie hinzu.

JOHN WRIGHT.

82) **Martens** (Berlin). **Ueber erschwertes Decanulement und Larynxatresie nach Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1911.*

Seit 1903 sind im Krankenhaus Bethanien in Berlin von 1290 Diphtheriefällen 390 tracheotomirt worden. Davon sind 143 gestorben, von den 247 Geheilten sind alle ohne Canüle geheilt, bis auf zwei, die aus äusseren Gründen nicht zu Ende behandelt werden konnten. Nur in 4 Fällen waren ernstlichere Schwierigkeiten zu überwinden. Verf. führt diese guten Resultate auf Bevorzugung der Tracheotomia inferior und frühzeitiges Decanulement zurück. Traten Schwierigkeiten auf, so wurden „zunächst Fenstercanülen angewandt, eventuelle polypöse Granulationen entfernt, Stenosen wurden mit Roser'schen Strictursonden gedehnt, dann durch Intubation. Verschlussmembranen bzw. -Narben erfordern ausgedehntere Spaltung der Trachea bzw. des Larynx und Entfernung. Resectionen der Trachea waren nicht erforderlich".

ZARNIKO.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **M. Giesswein. Ueber die Resonanz der Mundhöhle und der Nasenräume, im Besonderen der Nebenhöhlen der Nase.** *Passow-Schäfer's Beiträge. Bd. 4. H. 5. S. 305. 1911.*

Verf. giebt zunächst eine topographische anatomische Uebersicht über die

lufthaltigen Räume des Schädels. Die Art der Verstärkung des menschlichen Stimmklangs seitens dieser Höhlen findet im Sinne hartwandiger Resonatoren statt. Die Luft in den Nebenhöhlen der Nase kann, theoretisch betrachtet, auf drei Weisen zum Tönen gebracht werden, durch directe Erregung, durch Erregung durch Luftleitung, durch Erregung durch Wand- oder Knochenleitung. Da die Nebenhöhlen der Nase nach Form und Grösse sehr verschiedenartig sind und unentwirrbare akustische Verhältnisse darbieten, so ging Verf. auf einfachere, mathematisch bestimm- und berechenbare Höhlen zurück, um sich zunächst durch das Experiment ein Bild von den Resonanzleistungen bei ähnlichen Grössenverhältnissen, wie sie sich bei den Nebenhöhlen finden, zu verschaffen. Es wurden einfache grössere und kleinere Glascylinder, deren eines Ende geschlossen war, während das andere die Oeffnungsgrösse des Durchmessers hatte, durch Anblasen, Antönen und schliesslich durch Aufsetzen des Stieles von Stimmgabeln auf den Glasboden (die Gefässwandung) in Erregung versetzt. Dabei wurde in 6 Versuchsreihen bei reiner Luftleitung („Antönen“) nur der Resonanzton und dessen nächste Umgebung (Resonanzbreite) verstärkt; von tieferen Tönen waren nur solche wirksam, deren Obertöne in die Resonanzbreite fallen und zwar wurde dann eben dieser Oberton der Gabel als Grundton des Glascylinders verstärkt, nicht aber etwa der Gabelgrundton. Töne oberhalb der Resonanzbreite wurden nur verstärkt, sofern sie Obertöne des Verstärkungsgebietes sind, entsprechend dem Umstand, dass sowohl kugelige als auch cylindrische Resonatoren die harmonischen Obertöne, geradzahlige und ungeradzahlige, des Grundtons mit verstärken.

Bei entsprechenden Versuchen an Hohlräumen des Gesichtsschädels liessen sich folgende Schlüsse auf die Resonanz der Nebenhöhlen der Nase in ihrer Beziehung zur Stimme in physikalischer Beziehung ziehen: Vorausgesetzt, dass der beim Singen aus der Trachea herauskommende Luftstrom noch anblasend auf einzelne Nebenhöhlen der Nase wirken könnte, würde jeder Hohlraum seinen Eigenton dem Klange der Stimme beifügen können. Jeder Hohlraum könnte durch die Tonwellen des Stimmklangs, also durch Antönen erregt, auch aus dem gesammten Klange seinen Eigenton als regelrechter Resonator herausnehmen und verstärken, falls dieser Eigenton im Klange vorhanden ist. Sollten die beim Sprechen und Singen auftretenden Erschütterungen der Kopfknochen einige oder alle Teiltöne des gesungenen Klanges enthalten und imstande sein, diese Vibrationen den in den Nebenhöhlen eingeschlossenen Luftmassen in ausreichender Stärke mitzutheilen und diese so in tönende Schwingungen zu versetzen, so könnte bis aufwärts in die viergestrichene Octave und eventuell bei entsprechender Kleinheit des Hohlraumes noch höher hinauf jeder dieser Töne in jedem Hohlraum verstärkt werden.

In Wirklichkeit kann der zum Anblasen nöthige Luftstrom die in den mittleren und oberen Nasengängen mündenden Oeffnungen der Nebenhöhlen nicht in genügender Stärke treffen. Ein noch so starker, durch die Nase gejagter Luftstrom vermag den Nebenhöhlen keinen Ton zu entlocken. Nicht viel günstiger steht es mit dem Antönen seitens der durch die Luft fortgeleiteten Tonwellen des im Kehlkopf erzeugten Stimmtons. Die Annahme, die Nebenhöhlen könnten als regelrechter Resonator aus dem Gesammtklange Töne herausheben und verstärken,

erscheint im höchsten Grade unwahrscheinlich. Dem entspricht auch die klinische Erfahrung, dass bei Vereiterung der Nebenhöhlen keine Ausfallserscheinungen oder Beeinträchtigungen der Stimme und Sprache eintreten, die nicht in anderen Verhältnissen (z. B. Einengung der Nasenhöhle durch die stark geschwollene Schleimhaut) ihren Grund hätten.

Die beim Singen und Sprechen auftretenden Erschütterungen der Knochen und Weichtheile des Schädels und ihr angenommener resonatorischer Einfluss auf die Nebenhöhlen der Nase ist dahin zu beschränken, dass die stehenden kräftigen Tonschwingungen der menschlichen Stimme die Wandungen des Ansatzrohres in Vibration versetzen und dass die Erschütterungen der Knochen und Weichtheile des Schädels als Folgeerscheinungen des Stimmklanges anzusprechen sind.

Ein Irrthum, der in der wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Literatur verbreitet ist, ist nun der, dass diese Erschütterung der Schädelknochen gleich zu setzen ist einer Resonanz der Kopfknochen nach Art eines Resonanzkastens der Saiteninstrumente. Den Erschütterungen der Schädelknochen ist keine Bedeutung als verstärkenden Factoren der menschlichen Stimme und Sprache beizumessen, sondern sie ist nur eine Folgeerscheinung jener und als solche kaum befähigt, die Hohlräume des Gesichtsschädels als Resonatoren in tönende Schwankungen zu versetzen. Die Vibrationsbezirke, welche bei gesungenen Vocalen am Kopf und Hals durch Abtasten oder mittelst Phonendoskops sich nachweisen lassen, sind besonders von Hopmann näher untersucht worden. Es kann vermuthet werden, dass man es bei den Vibrationsbezirken mit einer Summation von Schallschwingungen zu thun hat, die von den Wandungen des Ansatzrohrs ausgehend, durch Weichtheile und Knochen fortgeleitet, auf der Convexität des Schädels zusammentreffen und hier Bezirke von Vibrationen hervorrufen. Schlüsse aus derartigen Vibrationen auf die Art der Tonbildung und des Tonansatzes zu ziehen, wie man es in Gesangskreisen versucht hat, ist unzulässig.

Was die akustische Bedeutung des menschlichen Ansatzrohres anlangt, so ist dasselbe ein im oberen Theil sich gabelnder, weichwandiger Schalltrichter, dessen Wände streckenweise willkürlich veränderliche resonatorenähnliche Hohlräume bilden. In dem engen Raum des Ansatzrohres werden sich die Schallwellen mannigfach addiren und in ihrer Wirkung verstärken. Als Abzweigung des Ansatzrohres stehen die Nasenräume und zwar der Nasenrachenraum und die Hauptnasenhöhlen in Beziehung zum Klang der Sprache und Stimme. Der Nasenrachenraum kann als weichwandiger Resonator ähnlich wie die Mundhöhle wirken. Bei der Beurtheilung des Einflusses der Nasenräume (Nasenräume und Nasenrachenraum) auf den Stimmklang kommen einem die Erfahrungen, die bei Sprachstörungen, besonders den verschiedenen Formen des Näselns gemacht sind, zu Hilfe, da dabei die betreffenden Räume ganz oder zum Theil ausgeschaltet werden. Da ferner die Untersuchungen Katzenstein's an Klangcurven ergeben haben, dass bei abgesperrten Nasenräumen ein Zurücktreten der niederen Theiltöne auftritt, so darf man annehmen, dass die Nasenräume die weniger hohen Theiltöne begünstigen.

Es liegt demnach die Schlussfolgerung nahe, um den Wohlklang der Stimme zu erhöhen, möglichst mit offener und weiter Communication zwischen den beiden

Zweigen des Ansatzrohres zu singen. Dabei darf allerdings nicht in Unkenntniss des Verhaltens von Luftstrom und Tonwellen der Luftstrom hinter die erschlaffte Gaumenklappe in grosser Stärke in die Nase heraufgetrieben werden, denn die Folge ist, dass dann ein stark näselnder Ton entsteht. Wird der Durchtritt des Luftstroms nicht durch eine Verengerung der Mundhöhle gehindert, so bleibt der näselnde Klang fern, obwohl die Schallwellen hinter der Gaumenklappe durchtreten. Um sich den günstigen Einfluss der Nasenräume auf den Wohlklang der Stimme nutzbar zu machen, müssen die Gesangspädagogen bei der Stimmschulung durch zweckentsprechende Uebungen, z. B. Summen, Bevorzugungen von m, n, ng-Lautcombinationen darauf hinwirken, dass das Gaumensegel nicht unnöthiger Weise gespannt, sondern locker gelassen wird, damit die Tonwellen, der Luftstrom also nur als Träger, sich in den Nasenräumen ausbreiten und durch deren Eigenschaft, eine Art Schalltrichter zu bilden, ihre Verstärkung finden können. Man muss sich aber hüten, diesen Einfluss zu überschätzen.

Es kommt noch hinzu, dass Gaumensegel, Gaumenbögen, Rachenwandmusculatur, Zungenwurzel und Kehlkopf einen Muskelcomplex bilden, deren Muskelfasern in einander übergreifen. Besonders steht das Gaumensegel durch den M. palato-pharyngeus in Beziehung mit der hinteren Rachenwand, namentlich dem unteren Schlundschnürer und durch diesen wieder indirect mit dem Kehlkopf. Der untere Schlundschnürer gehört zu den grösseren Muskeln, die die gröbere Einstellung des Kehlkopfes besorgen, worauf sich die feinere Einstellung der Stimmlippen durch die kleineren Muskeln aufbaut.

Die Stimmpädagogen müssen also bei der Stimmschulung auf eine möglichst grosse Hintanhaltung der Spannung im Ansatzrohr, soweit es mit den phonetischen Forderungen vereinbar ist, hinarbeiten.

J. KATZENSTEIN.

84) **Emil Fröschels** (Wien). **Ueber die Klangverhältnisse in der Nase beim Sprechen und Singen und über das Vorkommen und die Bedeutung des Passavant'schen Wulstes.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Verf. bediente sich beim Versuch, die Klangverhältnisse der Nase, insbesondere die Tonstärke zu bestimmen, eines gebogenen Ohrkatheters, der entlang dem unteren Nasengange bis zur hinteren Rachenwand eingeführt, nur an seinem breiten Ende mit einem Otoskop verbunden wird. Bei seinen an sich und anderen vorgenommenen Versuchen fand er fast stets einen „todten Raum" im Nasenrachen und zwar bei sämmtlichen Vocalen, d. h. ein Ton in der Nase konnte erst nach Entfernung um ca. $^1/_2$ cm des Katheters von der hinteren Rachenwand bemerkt werden. — Erst in der Gegend des harten Gaumens trat ein heftigeres Schwirren auf. Röntgenmomentaufnahmen gaben die Erklärung dahin, dass an einer in Atlashöhe liegenden, in der Verlängerungsebene des harten Gaumens befindlichen Stelle eine starke Wulstbildung auftritt. Hintere Rhinoskopie und hintere Pharyngoskopie mit dem Hays'schen Pharyngoskop, während des Intonirens eines nasalen A resp. M, konnten endlich den letzten Beweis dafür bringen, dass auch bei Nasallauten Bewegungen in der Rachenwandmuskulatur vorkommen und dass bei nasalirten Vocalen derselbe Wulst auftritt, wie ihn Passavant bei nicht-nasalen beschrieben hat.

Zur sicheren Feststellung der relativen Stärke des Beiklanges in der Nase benutzte Verf. einen Apparat, der die Eigenschaft hat, einen durch ihn geleiteten Ton um so eher zur Wahrnehmung kommen zu lassen, je stärker er ist. Die Ergebnisse des zweiten Abschnittes seiner Untersuchungen fasst Verf. zusammen:

1. Der nasale Beiklang ist abhängig von dem gesprochenen oder gesungenen Vocal.

2. Es besteht ein ungerades Verhältniss zwischen der Stärke des Nasentones und der Länge des Ansatzrohres.

3. Die Stärke des Nasentones ist der Kraft des Gaumenverschlusses direct proportional.

4. Mit zunehmender Stimmstärke nimmt der Nasenton unter physiologischen Verhältnissen ab.

5. Auch die Tonhöhe beeinflusst die Stärke des Nasentones.

WILH. SOBERNHEIM.

85) **L. Hermann. Der Einfluss der Drehgeschwindigkeit auf die Vocale bei der Reproduction derselben am Edison'schen Phonographen.** *Pflüger's Archiv für d. ges. Physiologie. Bd. 139. S. 1.*

Fredericq hat behauptet, die Veränderung der Umdrehungsgeschwindigkeit der Phonographenwalze bei der Aufnahme von Vocalklängen sei ohne Einfluss auf deren charakteristischen Klang und die Helmholtz'sche Lehre von der charakteristischen Tonhöhe jedes Vokals sei falsch. H. hat schon 1890 nachgewiesen, dass das Gegenteil der Fall ist. Zur Vermeidung von Fehlerquellen muss man regellos aneinandergereihte isolierte Vocale wählen, und der Hörer soll unbewusst angeben, was er hört. H. prüfte die Vocale A, E, I, O, U, Ae, Oe, Ue, in je drei Graden der Beschleunigung und Verlangsamung bei Aufnahme und Wiedergabe. Sie wurden in bequemer Stimmlage (g oder e) aufgesungen. Die Verlangsamung der Bewegung entstellt mehr als gleichgrosse Beschleunigung. Je stärker die letztere, desto beträchtlicher die Klangveränderung; anfangs wird A, I, O, Ae noch richtig erkannt, später ähneln alle Vocale dem A, obwohl Gesprochenes noch verstanden wird. Noch mehr und rascher verändert die Verlangsamung den Klang. Anfangs hört man dabei am häufigsten ein Oe, später oft A. Aus den Versuchen schliesst H., dass der Formant des Vocals sich bei der habituellen Productionsart in der Nähe seiner zulässigen unteren Grenze hält und also bei Verlangsamung leichter aus dem Bereich herausfällt als bei gleich grosser Beschleunigung. Der Formant ist wichtig, aber nicht allein maassgebend für den Vocalcharakter. Bei Beschleunigung entstehen Vocale mit hohen aus solchen mit tiefen Formanten. Bei starker Beschleunigung gehen — wie bei hohen Soprannoten — alle Vocale leicht in A über. H. fand auch, dass hohe Soprannoten bis g^2 auf dem Phonographen keine Vocalklänge und keine Vocalcurven (ausser I) geben. Die Entstellung durch Verlangsamung ist in dieser Höhe nicht grösser als jene durch Beschleunigung.

NADOLECZNY.

86) **Zumsteeg. Ueber Erkrankungen der Commandostimme.** *Deutsche militärärztliche Zeitschr. No. 2. 1912.*

Vortrag, der den jetzigen Stand der Lehre von den Berufsstörungen der

Sprechstimme darlegt. Beim Manne liegt letztere zwischen A und e, die Ruf- und Commandostimme eine Octave höher, als durchschnittlich auf c^1. Zu hohe Commandostimme ist der häufigste Befund bei Stimmstörungen, meist aber nicht immer neben zu hoher Sprechstimme. Locale Therapie ist zwecklos. Athemübungen, Vibrationsmassage und Faradisation führen zum Ziel: der Fixirung der Commando- und Sprechstimme in richtiger Tonlage. Dauer der Behandlung mindestens 4 Wochen. Casuistisches Beispiel. Leitsätze: „Man hole tief Athem vor dem Commandiren. 2. Man gebe das Commando mit weichem Stimmeinsatz, nicht so, dass sich die Stimmlippen mit einem hörbaren Knall öffnen (harter Stimmeinsatz), sondern kaum hörbar angehaucht. 3. Für die Vernehmbarkeit des Commandos ist hohes Commandiren erforderlich. Man commandire so hoch als es dem Stimmorgan möglich ist, ohne dass es mit Unlustgefühlen reagirt“.

NADOLECZNY.

87) **L. Polyák** (Budapest). **Zwei Fälle von multiplen Papillomen des Kehlkopfes, geheilt durch Radiumbestrahlung.** *Demonstration in dem königl. Verein der Aerzte. Orvosi Hetilap. No. 46. 1911.*

In beiden Fällen fand intralaryngeale Behandlung per vias naturales in localer Anästhesie statt. Der erste Fall wurde in 15 Sitzungen 20 Stunden und 54 Minuten lang, der zweite Fall in 6 Sitzungen 10 Stunden lang bestrahlt. Es waren in beiden Fällen ausgebreitete Papillome der Stimmlippen und der vorderen Commissur vorhanden, welche vollständig schwanden. Die Stimme ist laut und kräftig geworden. P.'s Ansicht nach wird die operative Entfernung der Papillome vollständig entbehrlich, wo Radium angewendet werden kann.

In der Discussion erwähnt Z. Donogány, dass er den Fall 2, welcher anderwärtig schon 6mal operirt wurde, genau kennt und er hat den Fall zur Radiumbehandlung an Polyák gewiesen. Der Erfolg ist thatsächlich sehr gut. H. Zwillinger empfiehlt die percutane Röntgenbestrahlung. E. Tóvölgyi ist für die operative Entfernung und nachfolgende Aetzung der Wunden mit Milchsäure.

POLYAK.

88) **L. Polyák** (Budapest). **Die Behandlung der multiplen Kehlkopfpapillome mittels Radiumbestrahlung.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1911.*

Das Radiumsulfat ist in einer cylinderförmigen Aluminiumkapsel, deren Wände 0,5 mm dick und deren Durchmesser 4 mm breit ist, eingeschlossen. Diese Kapsel wird auf entsprechend gebogene Sonden aufgeschraubt und in den Kehlkopf eingeführt. Nach subcutaner Morphiumeinspritzung und Cocainisirung des Kehlkopfes sind die Patienten im Stande, die Kapsel $1/2$—$2^1/2$ Stunden lang im Kehlkopf zu behalten. Die Radiumbehandlung ist werthvoller als die medicamentöse oder die operative Therapie. Recidive stellen sich auch ein, doch können sie durch die Wiederholung der Cur beseitigt werden. Bei kleinen Kindern oder im Falle von Larynxstenose ist besser erst die Tracheotomie zu machen und dann das Radium durch die Trachealfistel von unten in den Kehlkopf einzuführen.

POLYAK.



89) **William Wesley Carter. Ein Fall von multiplen Papillomen des Kehlkopfs nebst Bemerkungen über die Entfernung der Geschwülste aus dem Larynx mittels Laryngoskop und Schlinge. (A case of multiple fungoid papillomata of the larynx with remarks on the removal of growths from the larynx by means of the laryngoscope and the snares.)** *American Journal of Surgery. Juli 1911.*

Die Geschwulstbildung begann in der Kindheit und hielt bis zum 47. Lebensjahre an, unbeeinflusst durch jede Behandlung. Verf. entfernte jeden dritten und vierten Tag endolaryngeal mit der Sajous'schen Schlinge die Papillome, nur für die in der vorderen Commissur sitzenden benutzte er die Krause'sche schneidende Zange. Die Basis der Geschwülste wurde mit dem Elektrocauter geätzt. Es ist kein Recidiv erfolgt.

EMIL MAYER.

90) **M. B. Frenkel. Ueber die Behandlung des Kehlkopfpapilloms beim Kinde. (Contribution à l'étude du traitement des papillomes du larynx chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1909.*

Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden. Zu wenig berücksichtigt im Verhältniss zu den anderen Operationsverfahren wird die Methode der Entfernung der Papillome auf directem Wege mittelst der Röhren.

OPPIKOFER.

91) **G. Ferreri. Methode zur Entfernung der Kehlkopfpapillome. (Metodi di espartazione dei papillomi laringei.)** *Atti Clinica Otorinolaring. di Roma. Vol. VIII. 1911.*

Verf. schildert die von ihm seit Jahren befolgte Methode, um in toto die Kehlkopfpapillome nach vorausgegangener Tracheotomie zu entfernen. Durch die Tracheotomiewunde hindurch führt er einen an einer Darmsaite angeknüpften starken Seidenfaden, der aus dem Munde herausgeführt wird. An das aus dem Munde heraushängende Fadenende wird ein olivenförmiger Schaber befestigt, der mittelst des Fadens in den Larynx gezogen wird. Wenn man spürt, dass das Instrument an die Stelle der Stenose gelangt ist, werden mittels einer Druckfeder eine Anzahl kleiner Schlingen aus den Oliven hervorgetrieben, die sich fächerförmig ausbreiten, so dass das Ganze einem umgekehrten aufgespannten Regenschirm ähnelt. Die Olive dient dabei als Schützer. Zieht man nun das Instrument heraus, so werden die Geschwulstmassen in toto mitentfernt. Bei Kindern, die schon seit einiger Zeit wegen Papillomen operirt sind, räth Verf. den Larynx vor Anwendung des Schabers dadurch zu reinigen, dass man einen starken Gazestreifen, der durch die Tracheotomiewunde eingeführt und bis zum Munde gezogen ist, mehrmals kräftig hin und her zieht.

CALAMIDA.

92) **R. Steiner** (Prag). **Stimmbandpapillom und Tuberculose.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1281. 1911.*

Vortrag, gehalten auf dem III. internat. Laryng.-Rhin.-Congress zu Berlin, September 1911.

OPPIKOFER.

93) **Halppen** und **Sebileau. Diffuse Kehlkopfpapillome mittels Laryngostomie behandelt. (Papillomes diffus du larynx traités par la laryngostomie.)** *Société de Chirurgie de Paris. 13. Dec. 1911.*

Nach endolaryngealer Entfernung Recidive; nach Laryngofissur gleichfalls Recidiv. Laryngostomie brachte Heilung. Verff. erklären sie für die Methode der Wahl in diesen Fällen. GONTIER de la ROCHE.

94) **F. Kuroiwa. Ein Fall von Kehlkopflipom.** *Japanische Zeitschr. für Oto-Rhino-Laryng. Bd. 16. No. 3. 1910.*

Ein 11jähriger Knabe litt an Heiserkeit, Athembeschwerden etc. schon seit dem zweiten Lebensjahre. Verf. fand laryngoskopisch eine breitbasige rundliche hühnereigrosse Tumorbildung an der rechten Kehlkopfhälfte, entfernte dieselbe submucös unter Pharyngotomia subhyoidea und constatirte mikroskopisch, dass sie ein einfaches Lipom war. INO KUBO.

95) **C. M. Miller. Laryngofissur. Gutartige intralaryngeale Geschwulst. (Laryngo-fissure. Non-malignant intra-laryngeal growth.)** *Charlotte Medical Journal. April 1911.*

Verf. operirte den gutartigen Tumor von aussen, weil der Tumor subglottisch sass, der Hals des Patienten kurz und fett, die Distanz zwischen Zungenbein und Sternum gering und der Larynx intolerant war. EMIL MAYER.

96) **Tapia** (Madrid). **Ein Fall von Pharyngotomia subhyoidea wegen Carcinom der Epiglottis. (Un caso de faringotomia subioidea per epitelioma de la epiglotis.)** *Revista espanola de Laringologia. September/October 1911.*

Mittheilung eines erfolgreich operirten Falles. A. J. TAPIA.

97) **E. J. Moure. I. Kehlkopfepitheliom; Abtragung auf transhyoidalem Wege. (Epitheliome de l'épiglotte. Ablation par la voie transhyoidienne.) II. Diffuse Kehlkopfpapillome. Maligne Umwandlung. (Papillome diffus du larynx. Transformation maligne. Thyrotomie. Laryngostomie. Laryngectomie.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 4. 1912.*

Der ausführliche Titel dieser beiden Krankengeschichten giebt den Inhalt wieder. Die erste ist übrigens schon auf dem letzten Congress der französischen Laryngologen veröffentlicht und insofern interessant, als es nach vollständiger Heilung zu einer Deformation des Kehlkopfes gekommen ist, in Folge dessen die Glottis eine ellipsoide Gestalt angenommen hat, mit leicht stenotischem Charakter. Die Durchschneidung des Zungenbeinknorpels ist die Ursache dieser Deformität. Die zweite Krankengeschichte wird nicht nur wegen der relativen Seltenheit der Umwandlung eines gutartigen Kehlkopftumors in einen bösartigen, offenbar im Anschluss an die wiederholten endolaryngealen Operationen, veröffentlicht, sondern im besonderen deshalb, weil die ganze Reihe der Eingriffe, die an demselben Patienten hintereinander ausgeführt werden mussten, unter Localanästhesie geschahen. Nicht erwähnt im Titel ist, dass Patient auch eine Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, alles im Verlaufe der Behandlung, unter Cocainanästhesie hat durchmachen müssen. LAUTMANN.

98) **Bérard** und **Sargnon. Neuer Fall von totaler Laryngectomie wegen Carcinom in zwei Zeiten unter Localanästhesie. (Nouveau cas de laryngectomie totale en deux temps pour cancer sous anesthésie locale.)** *Lyon Médical 22. Oct. 1911.*

Grosser Krebs des Larynxeinganges. Seitliche untere Tracheostomie mit Fixation an den Hauträndern. Einen Monat später Freilegung des Kehlkopfes, Ablösung von oben nach unten, mit Verstopfung der Trachealfistel, um das Einlaufen von Blut zu vermeiden. Wiederherstellung des Pharynxrohrs durch Nähte. Verschluss des oberen Trachealendes durch den unteren Hautlappen. Drei Wochen lang Ernährung durch die Nasensonde. Da die Epidermisirung der Trachealöffnung noch nicht ganz vollendet ist, so kann die Canüle noch nicht fortgelassen werden.

Verf. machen die Totalexstirpation in Localanästhesie mit Schleich'scher Lösung. Danach soll die Operation 50 pCt. ihrer Gefahren verloren haben.

In der dem Bericht der Verf. folgenden Discussion sprechen sich die meisten Redner gleichfalls für die Localanästhesie aus. GONTIER de la ROCHE.

99) **Sargnon. Voluminöser Tumor des Kehlkopfes; Unmöglichkeit der Operation auf natürlichem Wege; Laryngofissur unter Infiltrations- und regionärer Anästhesie. (Tumeur volumineuse du larynx, impossibilité de l'extraire par les voies naturales, laryngofissure sous anesthésie locale d'infiltration combinée à l'anesthésie régionale des nerfs laryngés supérieurs.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXXII. No. 3. 1912.*

Die Infiltrationsanästhesie hat sich gut bewährt. Gleichzeitig wird Mittheilung gemacht von zwei Fällen von Laryngectomie, von Bérard (Lyon) ausgeführt, bei denen Verf. ebenfalls locale Anästhesie angewendet hat. Verf. macht jetzt alle Kehlkopfoperationen unter Infiltrationsanästhesie und möchte dieselbe viel mehr angewendet sehen. LAUTMANN.

100) **J. Fein** (Wien). **Zur Diagnose und Therapie des Kehlkopfcarcinoms.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 46. S. 69. 1912.*

Verf. giebt die ausführliche Krankengeschichte eines Larynxcarcinoms, das erst nach siebenjährigem Bestehen zur Tracheotomie und nach $8^1/_2$ Jahren zum Exitus führte. Mehrere Probeexcisionen, die im Verlaufe der Jahre vorgenommen wurden, und der Sectionsbefund bestätigten die Diagnose. Der ungemein milde und langsame Verlauf hatte veranlasst, die Richtigkeit der mikroskopischen Untersuchung anzuzweifeln und eine radicale Operation zu unterlassen. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. den Werth der mikroskopischen Untersuchung bei Kehlkopfkrebs, die Widersprüche, die sich zwischen dem klinischen und mikroskopischen Befunde ergeben können, sowie die Therapie. OPPIKOFER.

101) **Preysing** (Köln). **Klinische Erfahrungen mit der Kehlkopfexstirpation, Laryngofissur etc. bei Kehlkopfkrebs.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 4. S. 739. 1912.*

Der Laryngologe überweist gewöhnlich das Kehlkopfcarcinom zur Totalexstirpation dem Chirurgen. Es wäre aber für das Ansehen des Specialfaches

wünschenswerth, wenn der Laryngologe auch an diese Operation sich heranmachen würde.

Verf. hat in den letzten 8 Jahren wegen Kehlkopfkrebs 2 Laryngotomien, 1 partielle Resection und 5 Totalexstirpationen ausgeführt. Schwerer als die Technik der Totalexstirpation ist die Nachbehandlung während der ersten vierzehn Tage. 4 Patienten (2mal Laryngotomie und 2mal Laryngektomie) blieben geheilt; die Beobachtungszeit nach der Operation betrug 2—5 Jahre.

Verf. schliesst seinen Vortrag mit den beherzigenswerthen Worten: Alles in allem muss ich warm dafür eintreten, dass der Kehlkopfarzt mehr als bisher seine grösseren Kehlkopfoperationen selbst macht, nicht in dem Sinne eines Wettbewerbes mit der Allgemeinchirurgie, sondern weil es wünschenswerth erscheint, dass der „Specialarzt" einer bestimmten Körperregion auch alle therapeutischen Möglichkeiten dieser Region beherrscht.

OPPIKOFER.

102) **Schin-izi Ziba** (Tokyo). **Ueber die Combination von Larynx- bzw. Trachealcarcinom mit Oesophaguscarcinom.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Nach dem mikroskopischen Befunde in Fall I handelt es sich um ein nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom des Larynx, während der Oesophagustumor die Structur eines typischen verhornenden Plattenepithelcarcinoms zeigt, eines charakteristischen Cancroids, das als Implantationsgeschwulst des Larynxtumors angesehen werden muss. Nach den ausführlichen Darlegungen des Verf.'s charakterisirt sich der ganze Vorgang bei diesem Falle als eine Weiterdifferencirung und somit als Schridde's sogenannte Prosoplasie.

Bei dem zweiten Falle handelt es sich um Adenocarcinom der Trachea und gemischtes Oesophaguscarcinom.

Verf. glaubt, dass die schon stark entdifferencirten Cylinderzellen vom Trachealtumor in den Oesophagus gelangten, dort wucherten und einen secundären Tumor erzeugten, dass dann durch den Einfluss anderer Lebensbedingungen im Oesophagus nach einer anderen Richtung Differencirung eintrat, bis der Charakter der epidermoiden Plattenepithelzellen und endlich der der Riff- und Stachelzellen mit Hornperlenbildung auftrat.

Somit handelt es sich bei der Combination der verschiedenen Carcinome, die primär multipel aufgetreten zu sein schienen, um eine genetische Abhängigkeit. Der Structurunterschied zwischen Primär- und Secundärtumor kam durch Anaplasie, Prosoplasie bzw. Metaplasie zu Stande.

WILH. SOBERNHEIM.

f. Schilddrüse.

103) **Jos. K. Goodall** und **L. C. Conn. Die Beziehung der Schilddrüse zu den weiblichen Geschlechtsorganen. (The relation of the thyroid gland to the female generative organs.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. Mai 1911.*

Die Beziehungen zwischen der Schilddrüse und den Ovarien sind sehr innige. Hyperactivität der Ovarien ist eine häufige Ursache für die Entstehung des Basedow. Herabgesetzte oder aufgehobene Activität der Ovarien fällt häufig zusammen mit Myxödem. Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Lactation und Menopause

üben einen deutlichen Einfluss auf die Schilddrüse aus. Schilddrüsensecretion oder Ovariensecretion ergänzen sich nicht, sondern neutralisiren einander.

EMIL MAYER.

104) **Goris. Operation eines „jabotförmigen“ Riesenkropfes. (Opération d'un goitre géant en jabot.)** *La Presse Méd. belge. No. 10. 1911.*

Vorstellung einer Frau in der Medico-chirurgischen Gesellschaft von Brüssel, welche vor 14 Tagen an einem Riesenkropf von der Form eines „Jabot“, der seit 15 Jahren bestanden, von G. operirt worden war und der noch nach Entleerung der Cysten $1^1/_2$ kg wog.

BAYER.

105) **Jaboulay. Thyreodectomie beim gewöhnlichen Kropf. (Thyroidectomie dans les goitres ordinaires.)** *Lyon Médical. 29. October 1911.*

Verf. zieht auf Grund seiner Erfahrungen die einseitige Thyreodectomie der intraglandulären Enucleation vor. In einem mit Mitralstenose complicirten Fall operirte er unter Localanästhesie.

GONTIER de la ROCHE.

106) **Krecke** (München). **Sind Begriff und Name der Basedow'schen Krankheit beizubehalten?** *Med. Klinik. No. 7. 1912.*

Krecke hat schon vor einiger Zeit vorgeschlagen, alle durch die Hypersecretion der Schilddrüse bedingten Erkrankungen als Thyreosen zu bezeichnen und regt nun an, 3 Grade der Thyreosen zu unterscheiden. Als wesentlichstes Eintheilungsprincip würde man den Grad der vorhandenen Herzstörung zu berücksichtigen haben.

SEIFERT.

107) **Bircher** (Aarau). **Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basedowii.** *Centralbl. für Chir. No. 5. 1912.*

Auf Grund seiner an Hunden angestellten Versuche hält sich Bircher für berechtigt, an einen Zusammenhang des Morbus Basedowii mit der Function der Thymusdrüse festzuhalten.

SEIFERT.

108) **A. Dommering** (Rotterdam). **Augenmuskellähmungen bei Basedow'scher Krankheit. (Oogspierverlammingen bij ziekte van Basedow.)** *Nederl. Tijdschr. v. Gen. I. S. 287. 1912.*

Frau von 36 Jahren aus neuropathisch schwer belasteter Familie. Seit 16 Jahren Erscheinungen von Basedow'scher Krankheit. Seit 3 Jahren Augenbeschwerden. Einige Monate später linksseitige Ptosis und Trochlearislähmung. Zwei Jahre nachher Lähmungen fast sämmtlicher Augenmuskeln beiderseits, sodass nur noch die Bewegung der Augen nach unten anstandslos von statten ging. Theilweise Strumectomie. Ein Jahr nach der Operation ist die Tachycardie verschwunden, die Ptosis ist ganz bedeutend gebessert, die übrigen Augenmuskellähmungen in geringerem Masse.

H. BURGER

109) **H. Stern. Temperatursteigerung; ein frühzeitiges und oft andauerndes Symptom des Hyperthyreoidismus. (Elevation of temperature; an early and often enduring symptom of hyperthyroidism.)** *Archives of Diagnosis. Juli 1911.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass viele Fälle, die nachlässiger Weise

als Neurasthenie oder Hysterie bezeichnet werden, de facto der Ausdruck einer acuten oder chronischen Thyreotoxicose seien. Temperatursteigerung ist eins der frühsten, wenn nicht das frühste, objectiven Symptome in manchen Fällen von Hyperthyreoidismus. Sie scheint ein erheblich häufigeres in den leichten als in den ausgesprochenen Fällen der Krankheit zu sein. Die Temperatursteigerungen sind geringfügig. In manchen Fällen schwankt die Temperatur Monate und Jahre hindurch zwischen 37,2° und 37,5°, in andern steigt sie bei der geringsten Anstrengung oder Erregung auf beinahe 38°. In den meisten Fällen ist die Temperatur am niedrigsten nach der Bettruhe; continuirliche Bettruhe reducirt gelegentlich die Temperatur für eine kurze Zeit bis zur Norm.

Verf. giebt eine Anzahl von Unterscheidungsmomenten an zwischen dem hysterischen Fieber und der Temperatursteigerung bei Hyperthyreoidismus.

EMIL MAYER.

110) **E. Wolf. Meine Basedow'sche Erkrankung.** *Dissert. München 1909.*

Der Verf. erkrankte in seinem 9. medicinischen Semester an schwerem Basedow und wurde nach vergeblicher Anwendung der inneren Behandlungsmethoden durch Strumaresection mit Unterbindung der Arterien vollkommen geheilt.

OPPIKOFER.

111) **E. Bodolec. Behandlung des Basedowkropfes durch die Thyroidectomie. (Traitement du goitre exophthalmique par la thyroidectomie.)** *Dissert. Paris 1909.*

In der 130 Seiten langen Arbeit wird das ganze Krankheitsbild des Basedow eingehend besprochen und die operative Behandlung anempfohlen, sobald die medicamentöse Behandlung in kurzer Zeit nicht Besserung bringt.

OPPIKOFER.

112) **C. W. J. Westerman** (Haarlem). **Chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. (Heelkundige behandeling van den morbus Basedowii.)** *XIII. Nederl. Nat. u. Gen. Congres Groningen. Handelingen. S. 335. 1911.*

Ueberblick über die einschlägigen Fragen, welche W. einer kritischen Besprechung unterwirft. Die von van Lier angegebene Methode, durch Bestimmung der relativen Verhältnisse der verschiedenen Leukocytenarten über die Widerstandsfähigkeit des Patienten mit Bezug auf die Operation ein Urtheil zu gewinnen, kann W. nicht als maassgebend anerkennen. Bei regelmässiger Blutuntersuchung seiner Basedowpatienten fand er in den genannten Verhältnissen erhebliche Schwankungen.

Die Statistiken geben mit Bezug auf die Heilung durch Hemistrumectomie sehr auseinandergehende Resultate: Wechselnd zwischen 16 und 76 pCt. Heilungen. Nach W. dürften die Garré'schen 16 pCt. vielleicht der Wahrheit entsprechen.

Eine Gruppe von Patienten soll unter allen Umständen operirt werden: die Fälle von Struma, zu der sich später Morbus Basedowii gesellt, sowie auch die die Luftröhre comprimirenden Basedow'schen Kropfschwellungen.

H. BURGER.

g. Oesophagus.

113) **D. W. Roy. Ein Fall von Oesophagusruptur. (A case of rupture of Oesophagus.)** *Lancet. 23. December 1911.*

Ein 43jähriger Mann erlitt durch Ueberfahren eine complicirte Fractur des Beins; keinerlei sonstige Verletzung wurde entdeckt. Bei der Narkose zum Zweck der Amputation des Beines trat heftiges Würgen und Brechen auf. Pat. collabirte nach dem Erwachen aus der Narkose und starb ein paar Stunden später.

Bei der Autopsie fanden sich zwei verdünnte Stellen an der hinteren Speiseröhrenwand gegenüber zwei Exostosen an den Körpern von zwei der unteren Brustwirbel; an der einen dieser beiden Stellen war eine Perforation zu Stande gekommen und Magenflüssigkeit war in den rechten Pleuraraum, das Mediastinum und das Zellgewebe des Halses gedrungen.

JOHN WRIGHT.

114) **Chalier** und **Nové-Josserand** (Lyon). **Krebs des Oesophagus und Perforation der Trachea bei einem Tuberculösen. (Cancer de l'oesophage et perforation de la trachée chez un tuberculeux cavitaire.)** *Lyon Médical. 22. October 1911.*

58jähriger Tuberculöser; vor 2 Monaten Hämoptysis mit nachfolgender sehr reichlicher eitriger Expectoration. Sehr starke Dyspnoe und Phrenicusneuralgie. Ausserdem verbreitete der Patient einen fötiden Geruch, der einen secundären gangränösen Process vermuthen liess. Exitus. Bei der Autopsie fand sich ein Carcinom der vorderen Oesophaguswand mit eitriger Perioesophagitis und Durchbruch in die Trachea.

GONTIER de la ROCHE.

115) **James Miller. Perforirtes Oesophagusgeschwür complicirt mit Pyopneumothorax. (Perforated ulcer of the oesopagus complicated by Pyopneumothorax.)** *Brit. Med. Journ. 20. Januar 1912.*

Ein 42jähriger Mann litt seit längerer Zeit an Schmerzen in der linken Brustseite und Erbrechen, das eine Stunde nach dem Essen auftrat. Wegen sehr heftiger Schmerzen war er 5 Tage lang bettlägerig und die Untersuchung ergab nun die typischen Anzeichen für das Vorhandensein von Flüssigkeit und Gas in der linken Pleurahöhle. Es wurden faulig stinkendes Gas und circa 25 ccm Eiter aus der Pleurahöhle entleert; jedoch starb Pat. am folgenden Tage. Zu keiner Zeit hatte irgend welche Dysphagie bestanden. Bei der Section fand sich ein Geschwür im unteren Theil des Oesophagus, das zu einer Perforation in das linke Mediastinum und Pleura geführt und einen Pyopneumothorax sowie eine frische fibrinöse Pericarditis und ein chronisches Duodenalgeschwür verursacht hatte.

Es ist dies wahrscheinlich der 46. in der Literatur berichtete Fall von peptischem Oesophagusgeschwür.

JOHN WRIGHT.

116) **H. de Stella** (Gent). **Fremdkörper in der Speiseröhre. (Vreemde lichamen in den slokdarm.)** *Geneesk. Weekbl. v. België. No. 1. 1912.*

Fall I. 8jähriger Knabe. Münze in der Speiseröhre seit 6 Monaten, ohne Beschwerden. Seit 8 Tagen Fieber und Dysphagie. Röntgendurchstrahlung zeigt die Münze auf der Höhe des dritten Brustwirbels. Oesophagoskopie: die Münze in

einem entzündeten Schleimhautwulst eingeklemmt. Extraction mittels Häkchens durch das Oesophagoskop. Heilung.

Fall II. Scharfes Knochenstück im Brusttheil der Speiseröhre seit 3 Tagen. Heftige Beschwerden. Extraction durch das Oesophagoskop mittels Zange. Am nächsten Tage heftige febrile Reaction; Temperatur 39—40°, anhaltender, trockener Husten. In der linken Lungenbasis geschwächtes Athemgeräusch. Zunahme der Erscheinungen während der nächsten 4 Tage; Schlucken fast unmöglich; elender Allgemeinzustand. Dann wird plötzlich in einem Hustenanfall eine grosse Menge übelriechenden Eiters entleert und bessert sich momentan der Zustand ganz bedeutend. Allein es entwickelt sich Lungenentzündung, eitrige Bronchitis, welche letztere 3 Monate anhält. In dieser Zeit ist oftmals das Ende nahe; dennoch tritt schliesslich vollständige Heilung ein. H. BURGER.

117) **Henrard** (Etienne). **Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étrangers dans l'oesophage.)** *La Presse Méd. Belge. No. 5. 1911.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant am 27. December 1910 berichtet Verf. über 2 von Goris operirte und in der belgischen medicinischen Academie mitgetheilte Fälle, über welche hier schon referirt wurde.

BAYER.

118) **Floxats** (Barcelona). **Ein Fall von künstlichem Gebiss im Oesophagus; Entfernung mittels Oesophagoskopie. (Un caso de pieza dentaria enclavada en el esofago; extraida per esofagoscopia.)** *Rev. Barcelonesa de enf. del oido, nariz y garganta. 30. September 1911.*

Das Gebiss sass 40 cm von den Schneidezähnen; es war mit seinen Haken in der Speiseröhrenwand eingekeilt. Die Extraction gelang leicht. TAPIA.

119) **Botey** (Barcelona). **Ein Fünfcentimesstück im Oesophagus. Extraction mittels eines vom Verfasser modificirten Kirmison'schen Hakens. (Moneda de cinco centimos detenida en el esofago. Extraida con el gaucho de Kirmison, modificado por el autor.)** *Revista de Medicina y cirurgia practicas. Juli 1911.*

Titel besagt den Inhalt. TAPIA.

120) **E. J. Moure. Ueber gastroskopische Untersuchung. (De l'examen gastroscopique.)** *La Presse Médicale. No. 10. 1912.*

Verf. hat das Loening-Stieda'sche Gastroskop modificirt. Er hält es für praktischer und namentlich ungefährlicher als wie das von Elsner. Die Technik der Einführung wird beschrieben und mit schematischen Illustrationen begleitet. Die Untersuchung ist durchaus nicht leicht und verlangt grosse Uebung.

LAUTMANN.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Compaired. La ozena y sus complicaciones. Zaragoza 1911. 290 Seiten.

In der Einleitung seines Buches verwirft Verf. die Bezeichnung „Rhinitis atrophicans foetida“ und schlägt an Stelle dessen vor: „Atrophie ozénateuse“, da es bei der Ozaena sich um keinen entzündlichen Zustand handele.

Verf. giebt eine äusserst eingehende Studie über die Geschichte und Pathogenese der Krankheit. Nachdem er alle bisher aufgestellten Theorien über das Wesen der Ozaena hat Revue passiren lassen, neigt er selbst sich am meisten zur Anerkennung der neurotrophischen Theorie. Von der Richtigkeit der Mikrobentheorie ist er darum nicht überzeugt, weil er kein Antisepticum hat finden können, das im Stande gewesen wäre, die Krankheit zu vernichten, wie es bei infectiösen Schleimhauterkrankungen, die durch andere Erreger verursacht werden, der Fall ist, während man durch mechanische Hülfsmittel (z. B. Paraffininjectionen) Heilungen erzielen kann.

In dem Kapitel über die pathologische Anatomie schenkt Verf. dem Schicksal des Paraffins im Gewebe eingehende Aufmerksamkeit.

Die Symptomatologie ist sehr sorgfältig abgehandelt. Die persönliche Auffassung des Autors kommt am meisten zur Geltung in dem Capitel über die Complicationen der Ozaena, in dem er die Verdauungs- und Athemstörungen, die Veränderungeu im Nasenrachen, Larynx, Trachea, dem Thränenapparat, den Nebenhöhlen, der Tube, dem Ohr u. s. w. schildert. Sehr interessant ist besonders das Capitel über die Otitis bei Ozaena und Osteomyelitis der platten Knochen als Folge der Ozaena.

Fast die Hälfte des Buches ist der Therapie gewidmet. Verf. bespricht alle gegen die Ozaena bisher angewandten Mittel, zeigt sich selbst aber nur befriedigt von den Paraffininjectionen, mit denen er ausgezeichnete Erfolge erzielt hat.

Das bibliographische Verzeichniss, das dem Buch angefügt ist, führt 505 Arbeiten über Ozaena auf. **Tapia.**

---

b) Demetrios Sylv. Demetriades (Docent für Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität in Athen). *Περὶ τῶν ἀδενοειδῶν ἐκβλαστήσεων, τῆς τούτων θεραπείας καὶ τῆς παρ' ἡμῖν συχνότητος αὐτῶν.* **(Ueber adenoide Vegetationen, ihre Therapie und die Häufigkeit ihres Vorkommens bei uns.)** Athen 1912. 110 Seiten.

Das vorliegende Buch stellt die erste grössere in Griechenland erschienene Arbeit über die „Adenoiden Vegetationen" dar. Nach eingehender Besprechung der Pathologie der Rachenmandeln schildert Verf. die mit den adenoiden Vegetationen in Zusammenhang stehenden reflectorischen Störungen und in einem besonderen Capitel die durch sie bedingten Veränderungen des Skeletts. Zu den durch bildliche Darstellungen bekannten historischen Typen von Adenoidenträgern (Ferdinand I., Karl V.) fügt Verf., der ein gründlicher Kenner der antiken Medicin ist[1]), eine grosse Anzahl von Beobachtungen hinzu, die er an den Statuen des Museums in Athen gemacht hat. So fand er die charakteristischen Zeichen des Adenoidentypus auf dem Relief des Tryptolemos (Athene-Saal No. 126), am Standbild des Pluto (Hermes-Saal No. 17) und anderen.

Unter den Wirkungen, die den adenoiden Vegetationen auf den allgemeinen

1) Cfr. seine Arbeit über „Inhalationen im Alterthum". Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1909. No. 11.

Gesundheitszustand zukommen, hebt Verf. besonders die auf die Zusammensetzung des Blutes hervor.

Von besonderem Interesse ist das Capitel, das die statistischen Angaben über die Häufigkeit der adenoiden Vegetationen in Griechenland enthält. Unter 6304 Patienten, die vom 1. Januar 1906 bis Ende December 1910 vom Verf. wegen Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten untersucht wurden, waren 395 (6,269 pCt.) mit adenoiden Vegetationen. Von der Gesammtzahl der Patienten waren 975 im Alter unter 15 Jahren; von diesen hatten 286 (29,3 pCt.) adenoide Vegetationen. Es konnte ferner ein Ueberwiegen der männlichen Patienten constatirt werden.

Nachdem Verf. die Complicationen, Diagnose, Prognose und Verlauf der Krankheit geschildert hat, wendet er sich der Therapie zu. Er erklärt sich auf Grund der an 700 operierten Fällen gesammelten Erfahrungen sehr nachdrücklich gegen die allgemeine Narkose. Was den Erfolg der Operation auf die entfernten Erscheinungen betrifft, so hatte Verf. einen solchen in Bezug auf die Enuresis nocturna nicht zu verzeichnen; in 7 Fällen von Epilepsie war der Erfolg einmal ein positiver, ebenso wurde ein Fall von Chorea geheilt.

Das Buch, durch das Verf. die medicinische Literatur seines Vaterlandes um einen werthvollen Beitrag bereichert hat, ist Prof. Urbantschitsch in Wien gewidmet.

Prof. Kousis-Athen.

---

c) British Medical Association. Section of Laryngoloy, Otology and Rhinology.

Birmingham Juli 1911.

Vorsitzender: F. Marsh (Birmingham).

Referat über „Die Behandlung der Kehlkopftuberculose". Referent Dundas Grant.

Referent bespricht zuerst die Behandlung in Bezug auf gewisse ätiologische Factoren. Als ein solcher ist zuerst die locale Irritation zu betrachten. Es empfiehlt sich daher, den Patienten das laute Sprechen zu untersagen und ihnen entweder Schweigen aufzuerlegen oder nur die Flüstersprache zu erlauben. Ferner muss der Husten disciplinirt oder — wenn nöthig — durch Narcotica unterdrückt werden. In diesem Sinne wirkt auch die „continuirliche antiseptische Inhalation" (Tragen eines Respirators, dessen Einlage mit einem Gemisch aus Creosot, Ol. pini silvestr., Spir. chlorof., Ol. cinnamom., Ol. citronell. getränkt ist) günstig. Nasenstenosen müssen beseitigt werden. Für sehr wichtig hält Ref. die Beseitigung einer eventuell. durch Secret in Nase und Nasenrachenraum bedingten Reizung durch Nasenspülungen mit einer alkalisch-antiseptischen Lösung.

Was die locale Behandlung anbetrifft, so hat Ref. in den letzten Jahren mit ausgezeichnetem Erfolg den galvanokaustischen Spitzbrenner gebraucht, der — entgegen aller ursprünglich gehegten Befürchtung — im Gegensatz zu den chemischen Aetzmitteln (Milchsäure) so gut wie keine locale Reaction verursacht. Umschriebene geschwulstartige Bildungen werden mit schneidenden Zangen entfernt. Schmerzhafte umschriebene Geschwülste an der Epiglottis und den aryepiglottischen Falten rechtfertigen in manchen Fällen Abtragung von Theilen der-

selben, obwohl seit Anwendung der Galvanocaustik diese Nothwendigkeit seltener geworden ist.

Gegen die Schluckschmerzen werden eingeblasen oder man lässt sie den Patienten mittels eines Leduc'schen Glasrohrs selbst inhaliren:

a) Anaesthesin
Orthoform ana

oder

b) Resorcin 1 Theil
Orthoform 2 Theile

oder

c) Urotropin 1 Theil
Anaesthesin 2 Theile
Orthoform 2 Theile
Sacch. lact. 3 Theile.

Sehr gute und lang anhaltende Erfolge erzielte Ref. mit den Alkohol-injectionen in den Nerv. laryng. superior. Er benutzte dazu eine von Dr. Purves Stewart empfohlene Formel:

0,15 g Eucain β in 30g 80proc. Alkohol.

Ref. beschreibt zum Schluss die Schwierigkeiten beim Füttern dysphagischer Patienten. Er hat in letzter Zeit einen Patienten dadurch zum schmerzlosen Schlucken gebracht, dass er ihn die Rückenlage einnehmen liess, ihm ein Polster unter die Schultern legte, so dass der Kopf herabhing und ihm so zu trinken gab.

Correferent P. Watson-Williams giebt zuerst einen Ueberblick über die bisher im Schoosse der Gesellschaft in früheren Jahren über dasselbe Thema stattgefundenen Discussionen.

Redner hat sich zum Thema seiner Ausführungen die Allgemeinbehandlung der Tuberculose gewählt.

Er bespricht zunächst die Sanatorienbehandlung, die in Verbindung mit einer strict durchgeführten Schweigekur ihm ausgezeichnete Erfolge gegeben hat, ohne dass irgendwelche chirurgische Maassnahmen, Tuberculinbehandlung oder dergleichen angewendet wurde.

Was Höhenlage und Klima anbetrifft, so hält W. Höhen von über 3000 Fuss für den Larynx nicht geeignet; er empfiehlt als für Lungen und Kehlkopf gleicherweise günstig feuchtes, staub- und windfreies Klima und mässige Höhe. Besonders, wenn die Nasenathmung nicht tadellos functionirt, ist die trockene Luft für den Kehlkopf schädlich. Das Tuberculin wendet W. in so kleinen Dosen an, dass jede fieberhafte Reaction vermieden wird. Er beginnt entweder mit $^1/_{5000}$ g einer Bacillenemulsion oder mit 0,0001 ccm Alttuberculin, um — wöchentlich 2 Injectionen gebend — bis zu 1 ccm zu steigen. Zu der Bacillenemulsion setzt er nach Walker Hall's Vorschrift 5proc. nucleinsaures Natron hinzu. In jedem Fall sucht W. allgemeine wie locale Reaction zu vermeiden.

Wenn unter der Allgemeinbehandlung — besonders combinirter Sanatorium-Schweigekur — keine Tendenz zur Besserung zu bemerken ist, dann muss zur Localbehandlung geschritten werden: für umschriebene Ulcerationen

Milchsäure-Anwendung, für begrenzte Infiltrate Abtragung mit nachträglicher Milchsäureätzung und noch besser submucöse Injectionen mit 50proc. Guajacollösung. Wenngleich die Fälle, in denen diese submucösen Injectionen angebracht und nothwendig erscheinen, relativ selten sind, haben sie dem Ref. in den 20 Jahren, in denen er sie gegebenfalls anwendet, ausserordentlich günstige Resultate ergeben.

Die Galvanocaustik hat Ref. bei circumscripten Veränderungen wertvoll gefunden, besonders, wenn ihre Lage so war, dass die submucösen Injectionen nur schwer gemacht werden konnten.

Partielle oder vollständige Abtragung der Epiglottis ist angebracht, wenn Ulcerationen an derselben starke Schluckschmerzen machen.

G. Seccombe Hett berichtet über die Erfahrungen an 350 Fällen von Kehlkopftuberculose aus dem Mount Vernon Hospital. Auch noch so schwere Erkrankung der Lungen soll nicht von einer sorgfältigen Behandlung des Kehlkopfes abhalten; denn es kann der Process im Kehlkopf auch noch zum Stillstand gelangen, wenn die Lungentuberculose schon sehr grosse Fortschritte gemacht hat.

Verf. redet einer besseren Classification der Fälle das Wort. Er findet die Differencirung zwischen Kehlkopftuberculose und Kehlkopflupus nicht zutreffend. Es gebe Uebergangsfälle zwischen beiden. Er habe Fälle mit dem klinischen Aussehen des Kehlkopflupus gesehen mit Lungentuberculose und ohne Anzeichen von vorhandenem oder abgelaufenem Lupus in Nase, Hals oder Haut, und er hält diese Fälle nicht für selten. So könne z. B. die Epiglottis „lupoid“ sein, andere Theile des Kehlkopfes ausgesprochen tuberculös.

Es ist denkbar, dass zwei verschiedene Typen der Infection existiren, deren Extreme durch den bovinen und den humanen Tuberkelbacillus repräsentirt sind, während die Zwischenformen durch Mischinfection bedingt sind.

Septische Infectionen treten besonders zu Geschwüren hinzu, und die Prognose wird dann für den Larynx schnell desperat.

Im Allgemeinen lassen sich die zu chronisch verlaufenden Lungenkrankheiten hinzutretenden Larynxaffectionen, auch wenn sie ausgedehnt sind, am besten therapeutisch beeinflussen.

Ref. spricht sich dagegen aus, Operationen, wie die Abtragung der Epiglottis, poliklinisch zu machen.

Medicamentöse Behandlung wendet Ref. nicht an. Die Behandlung besteht in rigoroser Schweigekur und wenn nöthig, chirurgischen Maassnahmen. Zur Unterdrückung des Hustens werden trockene Inhalationen von Kreosot, Phenol und Jodtinctur gebraucht.

Bei Infiltraten der Aryknorpel und der ary-epiglottischen Falten gebraucht Ref. den galvanokaustischen Tiefenstich. Tritt aber nach einigen in 14tägigen Intervallen vorgenommenen Eingriffen keine Besserung ein, so entfernt er die infiltrirte Partie.

Die Galvanokaustik erwies sich als wirkungslos bei Erkrankungen der Epiglottis. Die Amputation der Epiglottis hat Ref. bei seinen 350 Fällen von Kehlkopftuberculose 24mal ausgeführt; in allen Fällen war das Resultat ein günstiges,

bis auf einen, der an einer Lungenblutung zu Grunde ging. In den Fällen, in denen die Epiglottis allein erkrankt war, war das Resultat ein vollkommenes.

Verf. räth, die Epiglottis möglichst radical abzutragen. Er bedient sich dazu eines modificirten Lake'schen Epiglottidotoms.

Schwellungen der Interarytaenoidregion trägt Verf. mittelst der Lake'schen Zange ab, oder, wenn sie klein sind, wendet er die Galvanokaustik an. Tuberculöse Geschwüre curettirt er und reibt dann Carbolsäure, Formalin und Milchsäure ein. Im allgemeinen thut er dies auf directem Wege, besonders bei den subglottischen Geschwüren. Nach Anwendung der Curette tritt oft Reaction auf und Verf. hält den Eingriff für ernstlicher, als die Amputation der Epiglottis.

Verf. theilt 12 Fälle mit als Illustration für den typischen Verlauf bei chirurgischer Behandlung und demonstrirt die dazu gehörigen makro- und mikroskopischen Präparate.

Jobson Horne ist ein Feind der radicalen chirurgischen Maassnahmen; er hält sie vermeidbar, wenn man sich zur Regel macht, in jedem Fall von Phthise, auch wenn keine Kehlkopferscheinungen bestehen, den Kehlkopf zu untersuchen. Er betont das enge Abhängigkeitsverhältniss der Kehlkopferkrankung von dem Zustand der Lungen. Er behauptet z. B., dass, wenn im Kehlkopf Geschwürsbildung eingetreten ist, dann in der Lunge Cavernenbildung vorliege, und dass, wenn umgekehrt der Process in den Lungen zum Stillstand gelangt, dann auch der Kehlkopf heilt. Die mit Cylinderepithel bekleideten und drüsenreicheren Theile des Kehlkopfes erkranken leichter, als die mit Plattenepithel bekleideten; so erkrankt der mittlere Theil des Stimmbandes nur per continuitatem und bietet der Krankheit die grösste Resistenz. Eine rationelle Therapie hat eine Metaplasie des Cylinderepithels in Plattenepithel anzustreben, d. h. einen Zustand von Pachydermia laryngis herbeizuführen. Dieser natürliche Heilungsprocess kann durch absolute Stimmruhe und Anwendung des galvanokaustischen Spitzbrenners herbeigeführt werden.

Trevelyan (Leeds) bekennt sich als unbedingter Anhänger des Freiluft-Regimes und Tuberculins oder der Combination von beiden.

Moritz (Manchester) hat nach Anwendung des galvanokaustischen Tiefenstichs bisweilen gesehen, dass aus dem geschlossenen tuberculösen Infiltrat ein offenes Ulcus wurde, besonders wenn jenes in der Regio inter-arytaenoidea sass. Er betrachtet daher die tuberculösen Infiltrate mit intacter Schleimhaut als ein „Noli me tangere" und er behandelt sie nur mit Schweige- und Sanatoriumskur. Bei oberflächlichen Ulcerationen bedient er sich mit Vorliebe des Whitehead-schen Präparates — einer Art von Jodoformcollodium — oder des Pyoctanin, die mindestens 3—4 mal täglich applicirt werden müssen. Nur wenn diese Behandlung im Stich lässt, wendet er Milchsäure oder Trichloressigsäure an oder in letzter Instanz die Galvanokaustik. Wenn tiefe Ulcerationen mit unterminirten Rändern vorhanden sind, dann ist die Prognose schlecht. In diesen Fällen kann man die Curette mit oder ohne nachfolgende Anwendung von Milchsäure oder Galvanokaustik gebrauchen, die Hauptsache aber in diesen Fällen ist das „Nil nocere!". Tuberculöse Geschwülste sollen mit schneidenden Instrumenten entfernt werden.

Andrew Wylie (London): Eine der besten milden Behandlungsmethoden besteht in täglichen Injectionen von Phenol, Menthol und Parolin.

Dan McKenzie (London) verwirft chirurgische Eingriffe, ausser wenn Ulceerationen an der Epiglottis oder der Aryknorpelgegend das Schlucken behindern. Er hat sich in einigen Fällen von dem günstgen Effect überzeugen können, den Wiederherstellung der normalen Nasenathmung auf die Kehlkopferkrankung ausübt.

Diagnose und Behandlung der Nasenhöhlenerkrankungen, die zu oculo-orbitalen Symptomen führen.

Referent A. Onodi (Budapest).

Referent giebt zunächst einen Ueberblick über die verschiedenen oculo-orbitalen Complicationen, die bei Nebenhöhlenaffectionen auftreten können. Er bespricht dann besonders eingehend den diagnostischen Werth des centralen Scotoms als eines frühzeitigen Symptoms von Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen. Was die Verbreiterung des blinden Flecks anbetrifft, auf die Hoewe grossen Werth gelegt hat, so hat Ref. sie dreimal gesehen, zweimal in Verbindung mit centralem Scotom. Dagegen kann Ref. die Behauptung von Mendel und Lapersonne, dass einseitige Neuritis charakteristisch ist für den nasalen Ursprung nicht unterschreiben; denn bei einseitigen, sowohl wie doppelseitigen Nebenhöhlenerkrankungen kann die Neuritis doppelseitig sein. Auch die Angabe Berger's, dass Gesichtsfeldeinengung charakteristisch sei für Keilbeinhöhlentumor, und die Versicherung Bryan's, dass bei Siebbeinempyem stets Gesichtsfeldeinengung vorhanden sei, trifft nicht zu. Jedoch muss das Gesichtsfeld in jedem Fall untersucht werden und wenn man es eingeengt findet, so ist dies eine Thatsache von grosser Wichtigkeit.

Doppelseitige Heminanopsie deutet auf eine Erkrankung des Chiasma, die sowohl bei einseitiger, wie doppelseitiger Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen und der Siebbeinhöhle vorhanden sein kann, ebenso wie häufig Augenmuskellähmung durch Tumoren der hinteren Nebenhöhlen bedingt sind, seltener durch Empyeme dieser Region. Was die charakteristischen Symptome der Neuritis optica betrifft, so muss man sich zwei Dinge gegenwärtig halten, nämlich erstens, dass der Augenhintergrund trotz bestehender Sehstörungen einen normen Anblick haben kann und ferner, dass trotz negativen rhinoskopischen Befundes die hinteren Nebenhöhlen erkrankt sein können.

Im zweiten Theil seines Referats bespricht Onodi die bei eingetretenen oculo-orbitalen Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen indicirten chirurgischen Maassnahmen.

Adolf Bronner (Bradford) bespricht als Correferent die Symptome der oculo-orbitalen Complicationen.

Watson Willams hat im Allgemeinen gefunden, dass temporale Gesichtsfeldeinengung sich bei Keilbein- und hinterem Siebbeinempyem findet, während allgemeine Gesichtsfeldeinengung gewöhnlich durch Stirnhöhlen- und Antrumempyem bedingt ist.

Herbert Tilley hält die Fälle, in denen eine dunkle und latente Nasenerkrankung zu schweren Schädigungen des N. opticus führt, für selten; meist sind unzweideutige Symptome der Nebenhöhlenaffection in diesen Fällen vorhanden. Er berichtet über einen Fall, in dem ein Patient mit Empyem des Antrums, Stirnhöhle und Keilbeinhöhle eine fluctuirende Schwellung im inneren Augenwinkel hatte und wo bei Eröffnung der Stirnhöhle die ganze untere und hintere Wand zerstört gefunden wurde, und bei dem das einzige subjective Symptom, das den Patienten zum Arzt führte, eine Diplopie war, Kopfschmerzen aber niemals bestanden hatten.

S. Syme (Glasgow) hat früher eine Serie von 17 Fällen chronischer Keilbeinhöhleneiterung publicirt, die von einem Ophthalmologen untersucht worden waren. In 5 von diesen fanden sich entzündliche Zustände am Opticus, in einem Atrophie desselben. Bei den 5 ersteren Fällen schwanden nach Operation der Keilbeinhöhle die Erscheinungén am Sehnerven.

N. C. Haring hat in zwei Fällen die Differentialdiagnose zwischen Meningitis nach Influenza und Keilbeinempyem, wo die Symptome bisweilen sich sehr gleichen können, mittels der Lumbalpunction stellen können.

Seymour Jones (Birmingham) führt als Beweis dafür, dass die Opticuserkrankungen bei Empyemen nicht durch Toxinresorption, sondern durch den directen Druck verursacht werden, einen von ihm beobachteten Fall von linksseitiger Hemianopsie bei hinterem Siebbeinempyem an, wo die Sehstörung unmittelbar nach Eröffnung der erkrankten Zellen verschwand. Ein so unmittelbarer Effect spreche gegen eine Toxinwirkung. Er berichtet ferner über einen Fall, in dem ein Antrumempyem zu Opticusneuritis und Scotom führte und nach Eröffnung des Antrums Heilung der Sehstörungen eintrat. Jones hat den Eindruck gewonnen, dass eine erhebliche Anzahl von Augenstörungen, Gesichtsfeldeinengungen, Verbreiterung des blinden Flecks, centrales Scotom, bedingt sind durch latente Erkrankungen, besonders der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle. Die Prognose hängt von der Dauer der Sehstörung ab; er hat Fälle gesehen, in denen nach zweimonatiger Sehstörung völlige Heilung eintrat, während nach vier bis sechsmonatiger Dauer der Erfolg nur ein theilweiser war.

Jobson Horne ist auf Grund von Leichenuntersuchungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass Keilbeinhöhlenerkrankungen öfter diagnosticirt werden, als solche existieren.

Wallis (Shrewsbury) schätzt nach seiner Erfahrung, dass in 90 pCt. aller Nebenhöhlenerkrankungen Gesichtsfeldanomalien vorhanden sind, und zwar meist nur periphere Einengung, während centrales Scotom selten vorhanden ist, entweder bei acuten Nebenhöhlenerkrankungen oder in den Fällen, die acute Augensymptome aufweisen. Die einzigen Sinusentzündungen, bei denen keine Gesichtsfeldveränderungen vorhanden sind, sind solche bei dickwandigem Sinus kleiner Kinder und bei Mucocelen. Allgemeine Einengung ist besonders bei Erkrankungen der vorderen Nebenhöhlengruppe, temporale Einengung bei der hinteren Gruppe

vorhanden, und zwar besonders bitemporale. Besonders charakteristisch ist bitemporale Hemianopsie bei Ausschluss von Acromegalie. Ringscotome finden sich besonders bei Keilbeinempyem.

Brown Kelly (Glasgow) macht auf eine Affection bei kleinen Kindern aufmerksam, die er in drei Fällen angetroffen hat. Es bestand eitrige Absonderung aus dem Auge und dem entsprechenden Nasenloch, Schwellung der Wange und vorzeitiger Durchbruch eines Molarzahns. Es handelte sich in diesen Fällen um Osteomyelitis des Oberkiefers. K. hat verschiedene Fälle gesehen, in denen ausgesprochene Augensymptome, speciell Ptosis, bedingt waren durch Ethmoiditis posterior.

Pegler berichtet über einen Fall von latentem Antrumempyem mit ungewöhnlichen Augensymptomen. Pat. litt an einem linksseitigen Antrumempyem und klagte über ein Gefühl, „als ob er im Stande wäre, Luft durch die Nase in das linke Auge zu blasen". Nach Behandlung der Antrumeiterung schwand dieses Symptom.

---

d) VII. Jahresversammlung der ungarischen Augenärzte in Budapest am 3. und 4. Juni 1911.

I. Tag.

1. A. Onodi: Das Verhältniss der Nase und ihrer Nebenhöhlen zum Thränen-Nasengange und die rhinologische Behandlung der Krankheiten des Ductus.

Der Ductus ist in den ersten Lebensjahren auffallend weit (1—3 mm), bei einem Säugling von $5^1/_2$ Monaten war die untere Mündung $2^1/_2$—3 mm weit. Das Verhältniss der Thränenorgane zur Stirnhöhle, zu den vorderen Siebbeinzellen und der Kieferhöhle wird an zahlreichen Präparaten demonstrirt. Hierauf folgte die Demonstration der rhinochirurgischen Eingriffe: der retrograden Sondirung von Polyák und der Eröffnung des Ductus von Caldwell, Killian, Passow, West, von Eicken und ferner der Toti'schen Operation. Die von West beschriebene Operation ist vor ihm schon von Polyák ausgeführt worden.

Die Toti'sche Operation mit der Modificirung von Blaskovics soll in jenen Fällen ausgeführt werden, wo nicht nur Verhinderung des Thränenabflusses, sondern auch eine Erweiterung des Thänensackes vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall, dann ist die endonasale Eröffnung des Ductus oberhalb der unteren Muschel angezeigt; die von Eicken'sche Operation soll für jene Fälle aufbewahrt werden, wo Eiterung der Kieferhöhlen besteht, oder bei sehr ausgebreiteten totalen Verwachsungen des Ductus, wo sonst vorbereitende Eingriffe (Muschel- oder Septumoperationen) nötig wären und andererseits die knöcherne Wand des Ductus zerstört ist.

Discussion:

L. Blaskovics: Gegen Störungen der Thränenableitung ist seit Celsus vielfach versucht worden, einen neuen Weg zu bauen, die gewonnenen Oeffnungen haben

sich aber schnell verengt. In Fällen, wo der Thränensack erweitert und seine Wand schlaff ist, ist überhaupt kein Erfolg von solchen Eingriffen zu erwarten.

In diesen Fällen kann höchstens die Toti'sche Operation mit der Modification des Redners in Frage kommen. Für die übrigen Fälle, wenn keine Dilatation des Sackes vorliegt, kann die von West beschriebene Operation eine Zukunft haben, wenn die geschaffene Oeffnung sich später nicht wieder verschliesst.

II. Tag.

2. L. Blaskovics: Zwei mit modificirter Toti'scher Operation geheilte Fälle von Eiterung des Thränensackes.

Redner hat die Toti'sche Operation dahin modificirt, dass er eine Implantation eines Theils des Thränensackes in die Nasenschleimhaut ausführte. Bei dieser Operation wird nur ein Theil des Sackes, in welchem die Thränenkanälchen münden, übrig gelassen, die Nase wird mit der Schleimhaut gemeinsam breit eröffnet und schliesslich wird von aussen ein Druckverband aufgelegt, während Toti die Hälfte des Sackes conservirt, vom Knochen viel, von der Nasenschleimhaut nur wenig entfernt und von der Nase aus tamponirt.

Wie bekannt sind nach der Toti'schen Operation Recidive, welche die nachträgliche Exstirpation des Sackes nötig machten, schon vorgekommen, vielleicht aus dem Grunde, weil der stehengelassene Theil des Sackes gross war und nach Schrumpfung der nasalen Oeffnung Secretstauung eintrat. Redner hat bis jetzt 12 Fälle mit seiner Modification operirt, den ersten Fall vor acht Wochen. Eine mässige Einziehung der Narbe erfolgt gewöhnlich schon zu Ende der zweiten Woche. Der functionelle Erfolg ist bis jetzt in jedem Falle vollständig, ob er auch bleibt, kann erst in 2—3 Jahren entschieden werden. Zum Schlusse wurden 2 Fälle demonstrirt.

3. L. Polyák: Die Eröffnung des Ductus nasolacrymalis am Vorhofe des mittleren Nasenganges.

Redner hat einen Fall von undurchgängiger Stenose am 3. März 1909 auf die Weise operirt, dass er den Ductus, in welchen eine Sonde eingeführt wurde, mit dem Hohlmeissel am Vorhofe des unteren Nasenganges vorsichtig eröffnete und den gebildeten Lappen mit einem Conchotom abtrug. Das 10 Jahre alte Mädchen, welches seit der Geburt an Dacryocystoblennorrhoe litt, ist durch diesen Eingriff vollständig geheilt worden. Der Fall wurde bisher noch nicht publicirt, weil P. noch auf mehrere Fälle warten wollte; inzwischen ist aber die West'sche Publication erfolgt, welche dasselbe Verfahren beschreibt, nur scheint West die Operation in einem späteren Zeitpunkte, als Vortragender, zuerst ausgeführt zn haben.

Die Operation ist sehr einfach, kurz und ohne Gefahr, auch Augenärzte können sie leicht ausführen; ein nachträglicher Verschluss der gebildeten Oeffnung ist kaum zu befürchten, da die Epithelisirung der Wunde sicher aus dem Epithel des durchgeschnittenen Ductus stattfindet und ausserdem kann die Mündung durch Sondirungen von oben leicht offen gehalten werden.

Discussion:

A. Onodi hat gestern an einem Präparate die West'sche Operation demonstrirt; das jetzt demonstrirte Verfahren und das Präparat von Polyák sind mit demselben identisch und da Polyák die Operation zuerst ausgeführt hat, so gebührt ihm die Priorität. Die Toti'sche Operation ist nur bei Erweiterung des Sackes angezeigt, sonst soll aber, besonders in Fällen von Stenose, die Fensterresection des Ductus gemacht werden. Durch die Feststellung der Indicationen wird für die rhinochirurgischen Eingriffe ein neues Gebiet eröffnet.

L. Blaskovics will das Verfahren Polyák's versuchen, muss aber seine Bedenken wiederholen. Die Rückbildung der Thränensackerweiterung ist bei Kindern eher möglich, weil die Wände des Sackes elastischer sind. Bei Erwachsenen soll die Operation in Fällen versucht werden, welche zur Sondirung ungeeignet sind, die Dilatation des Sackes jedoch nicht alt ist. Bei älteren Dilatationen und bejahrten Patienten ist ein Erfolg kaum zu erwarten.

Polyák.

---

e) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 28. September 1911.

Vorsitzender: Weinberg.

Holmgren demonstrirte einen Fall von folliculärer Stomatitis und Pharyngitis.

Holmgren demonstrirte einen Fall von Glottistumor, die Untersuchung war noch nicht zu Ende geführt, wahrscheinlich handelte es sich um eine maligne Neubildung, die von der Schlund- resp. Oesophaguswand ausging.

Die Sitzung wurde für eine kurze Zeit unterbrochen, um den Mitgliedern Gelegenheit zu geben, einen Vortrag in der dermatologischen Gesellschaft zu hören, wo ein Patient, an Syphilis in den oberen Luftwegen leidend demonstrirt wurde.

Holmgren zeigte ein Präparat von Lungen und Herz eines einjährigen Kindes mit einer Kaffeebohne im linken Hauptbronchus und berichtete über die Geschichte des Falles.

Hoeggström berichtete über den ersten nordischen oto-laryngologischen Congress in Kopenhagen.

Sitzung vom 26. October 1911 (Jahresversammlung).

Vorsitzender: Stangenberg.

Arnoldson hielt einen Vortrag über Mandeloperationen bei Kindern (wird nach der Publication näher berichtet).

Sitzung vom 7. Dezember 1911.

Vorsitzender: Stangenberg.

Arnoldson berichtete über einen Fall von Larynxtuberculose mit Totalexstirpation des Larynx behandelt; letaler Ausgang.

Charlier berichtete über eine Zusammenstellung von etwas mehr als 100 Fällen von Peritonsillitis, die an der Halspoliklinik des Serafimerlazarethes in Stockholm gemacht war (wird nach der Publication näher berichtet).

Holmgren berichtete über 3 Fälle von malignen Larynxtumoren und zwar 1 Fall von Sarkom mit gutem Erfolg nach Laryngofissur exstirpirt und 2 Fälle von Cancer; diese wurden mit letalem Ausgang total exstirpirt.

Samuelsson demonstrirte einen Fall von schwerer Larynxtuberculose mit unbedeutenden Veränderungen in den Lungen.

Stangenberg demonstrirte einen Fall von doppelseitiger Posticuslähmung nach Tabes.

Stangenberg lenkte die Aufmerksamkeit auf eine soeben erschienene Arbeit von Reyn über Lupusbehandlung mit Jodkalium und Elektrolyse.

IV. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

IV. Bericht (25. März 1912).

In die Reihe der Organisatoren sind eingetreten:

1. Prof. Dr. B. Heine (München) für das Königreich Bayern.
2. Prof. Dr. Dimitriades (Athen) für Griechenland.
3. Prof. Dr. A. Jouty (Oran) für Algerien.

Der Geh. Regierungsrath, Herr Prof. Dr. Bernhard Proskauer, Director des Untersuchungsamts der Stadt Berlin machte uns die Freude, als Ehrenmitglied in unser Comité einzutreten.

Leider haben wir den schweren Verlust des Herrn Collegen Dr. Hellat (Petersburg) zu beklagen, der bereits eifrig mit der gerade für sein Vaterland besonders schwierigen Aufgabe der Organisation unserer Sammelforschung beschäftigt war. An seine Stelle trat Herr Dr. A. Galebski (Petersburg).

Das sächsische Comité setzt sich zusammen aus den Herren Oberarzt Dr. Richard Hoffmann, Dirig. Arzt Sanitätsrath Dr. Max Mann, Oberarzt Sanitätsrath Dr. R. Panse und Sanitätsrath Dr. S. Salzburg. Dasselbe hat bereits Unterhandlungen mit dem Kgl. sächsischen Cultusminister und den vortragenden Räthen des Ministeriums angeknüpft und ist weitgehendster Förderung versichert worden.

Herr Dr. Schlegel, Organisator für das **Herzogthum Braunschweig**, theilt uns mit, dass dem dortigen Comité folgende Herren angehören: Sanitätsrath Dr. Fleischer, Dr. Hamm, Dr. Hädicke, Dr. Pohl, Dr. Pomrehne, Dr. W. Kühn, alle in Braunschweig, ferner Dr. Drewes in Helmstädt und Dr. Dobberkau in Harzburg. Zum Ehrencomité gehören die Herren Sanitätsrath Dr. v. Hollwede, Schuloberarzt, und Prof. Rehstab, Director der städtischen Bürger-Volksschulen. Die Genehmigung zur Untersuchung der staatlichen und städtischen Schulen ist bereits eingetroffen. Die Herren Collegen wollen gleich nach Ostern mit den diesbezüglichen Untersuchungen beginnen. Die Untersuchungen in Wolfenbüttel und den kleineren Städten des Herzogthums werden von Braunschweig aus ausgeführt werden. Ueber die Untersuchung des Militärs und anderer Institutionen sind Verhandlungen im Gange.

In **Hamburg** sind die Herren Dr. Arthur Thost und Dr. Karl Zarniko mit den Vorarbeiten beschäftigt. Auch Herr Dr. Eugen Fränkel, dem wir so wichtige pathologisch-anatomische Arbeiten über die Ozaena verdanken, hat zu unserer Freude seine Mitarbeit zugesagt.

In der **Provinz Hannover** haben sich dem mit der Organisation beauftragten Herrn Collegen Dr. A. Sucksdorff bisher zur Verfügung gestellt die Herren Privatdocent Dr. Uffenorde in Göttingen, Dr. Georg Krebs in Hildesheim, Dr. Reining in Osnabrück, Dr. Wolfers in Hameln. Dem dortigen Ehrencomité gehören an die Herren Medicinalreferent Geheimrath Gürtler (als Vorsitzender), Schulrath Welchau und Dr. Keifel.

In der **Rheinprovinz** hat sich ein Comité gebildet, bestehend aus den Herren Geh. Sanitätsrath Prof. Dr. Karl Hopmann, Prof. Dr. Herrmann Preysing, Geh. Rath Keller und Dr. Eugen Hopmann.

Im **Regierungsbezirk Frankfurt a. O.** hat Herr Dr. A. Lewy folgende Herren gewonnen: Sanitätsrath Dr. Kuznitzky und Dr. Schulz für Frankfurt a. O., Dr. Goldschmidt (Guben) für die Kreise Guben und Krossen. Dr. Ascher (Landsberg a. W.) für die Kreise Landsberg a. W. und Königsberg i. d. Neumark.

In das Ehrencomité ist eingetreten: Herr Regierungs- und Geh. Med.-Rath Dr. Barnick (Frankfurt a. O.).

Die dortige Schuldeputation hat die Erlaubniss zur Untersuchung der ca. 7000 Volksschüler und -Schülerinnen ertheilt.

Der Vorstand des für wissenschaftliche Zwecke bestimmten Aerzte-Vereins des Regierungsbezirks hat 300 Mark für die Zwecke der Sammelforschung zur Verfügung gestellt.

Herr Dr. Emil Mayer meldet uns aus New-York, dass dem **Executiv-Comité für die Vereinigten Staaten Nordamerikas** folgende Herren angehören:

- Dr. Joseph W. Gleitsmann, Dr. Robert C. Myles, Dr. Harmon Smith als Repräsentanten der American Laryngological Association.
- Dr. Wolff Freudenthal, Dr. Thomas J. Harris, Dr. H. Holbrook Curtis als Repräsentanten der American Laryngological, Rhinological and Otological Society.
- Dr. Sidney Yankauer als Repräsentant der American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology.

Die Herren haben am 9. März ihre erste Sitzung abgehalten, in welcher sie sich über die in den einzelnen Staaten zur Organisation aufzufordernden Herren einigen wollten.

Leider steht noch der grösste Theil der Berichte, betreffend die Comitébildungen, aus und bitten wir daher nochmals höflichst, uns möglichst bald von den diesbezüglichen Daten in Kenntniss setzen zu wollen.

In einer vom Central-Comité einberufenen **Versammlung Berliner Laryngologen**, in der eine rege, unsere Ziele fördernde Aussprache über die Sammelforschung stattgefunden hat, haben sich 35 Collegen zur Theilnahme an den Untersuchungen bereit erklärt. Voraussichtlich wird bei weiteren in Aussicht stehenden Verhandlungen diese Zahl sich noch erheblich vergrössern.

Seitens der Berliner städtischen Behörden ist uns die Untersuchung bewilligt worden für die Insassen

1. der städtischen Idiotenanstalt Dalldorf und der städtischen Anstalt für Epileptische Wuhlgarten;
2. der Heimstätten zu Malchow, Blankenfelde, Buch und Gütergotz.

Des Weiteren hat Herr Geh. Reg.-Rath und Verwaltungsdirector des Kgl. Charité-Krankenhauses Ernst Pütter uns freundlichst gestattet, die Patienten der Berliner Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungen-, Alkohol- und Krebskranke, die **ein wöchentliches Material von etwa 1000 Personen** repräsentiren, zu untersuchen. Diese Erlaubniss ist um so werthvoller, als sich in den für uns in Betracht kommenden Fällen die Untersuchung — gemäss den diesbezüglich in den Fürsorgestellen getroffenen Bestimmungen — auf die ganze Familie des Erkrankten erstrecken kann.

Die städtische Schuldeputation von Neukölln hat die Genehmigung zur Untersuchung der dortigen Volksschulkinder ertheilt.



Das Kgl. Institut für Infectionskrankheiten (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gaffky), sowie das Hygienische Institut der Kgl. Universität (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C. Flügge) haben sich in entgegenkommendster Weise bereit erklärt, die bakteriologischen Untersuchungen, deren die Sammelforschung bedarf, auszuführen. Diesbezügliche Unterhandlungen mit weiteren staatlichen und städtischen Instituten sind im Gange.

Aus verschiedenen an uns gerichteten Anfragen bezüglich des im vorigen Berichte veröffentlichten **Fragebogens** ersehen wir, dass einige Herren dessen Verwerthung irrthümlich aufgefasst haben. Wir betonen daher, dass die Ausfüllung dieses Fragebogens in toto bei Gelegenheit der ausserhalb der Schule in der Wohnung des Rhinologen resp. in der öffentlichen Ozaena-Sprechstunde vorzunehmenden allgemeinen Untersuchung erfolgen soll. Im Schullocal selbst dagegen sollen ausser dem Zählformular nur das Nationale und einige leicht zu beantwortende Fragen (welche im definitiven Fragebogen durch Fettdruck hervorgehoben werden) erledigt werden.

Das in unserem letzten (III.) Comitébericht in Aussicht gestellte **Sectionsprotokoll** wollen wir, obwohl es im Entwurf fertig gestellt ist, nicht eher veröffentlichen, als bis wir es einem competenten pathologischen Anatomen zur Begutachtung vorgelegt haben. Es wird den Herren Collegen jedenfalls schon in der nächsten Nummer des Internationalen Centralblatts zugänglich gemacht werden, damit eine Discussion über dasselbe gelegentlich der am 24. und 25. Mai d. J. in Hannover stattfindenden Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen stattfinden kann.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Rosenberg, Berlin W. 15, Joachimsthaler Strasse 12.
Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.
Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

XVII. Internationaler medicinischer Congress in London 1913.

Folgende Themata sind für die rhino-laryngologische Section in Aussicht genommen:

7. August: Störungen und krankhafte Zustände in Rachen und Kehlkopf in Folge falschen und übermässigen Stimmgebrauchs.
8. August (gemeinsam mit der otologischen Section): Behandlungsresultate bei Syphilis der Nase, des Halses und der Ohren mit Salvarsan und anderen Arsenpräparaten.
9. August: Zur Behandlung der Hals- und Nasenkrankheiten mittels Impftherapie (ausschliesslich der Tuberculose- und Diphtherieantitoxine).
11. August (gemeinsam mit der otologischen Section): Specielle Therapie des Halses, der Nase und der Ohren bei den im Verlauf gewisser Infectionskrankheiten an ihnen auftretenden Erscheinungen (Scharlach, Masern, Rötheln, Mumps, Influenza, Keuchhusten, Variola, Meningitis cerebro-spinalis, Erysipel — mit Ausnahme der Diphtherie).
12. August: Maligne Tumoren der Retrocricoidgegend.

IV. Nationaler Spanischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie.

Der Congress wird vom 26.—29. August 1912 in Bilbao stattfinden. Die officiellen Referate werden gehalten von Cisneros über „Kehlkopfchirurgie" und Tapia über die „Diagnose der Labyrintherkrankungen".

Errichtung einer neuen Universitätsklinik.

In Leipzig ist eine neue Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (Director: Prof. Barth) errichtet worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, Mai. 1912. No. 5.

I. Die Gefahren der Localanaesthetica und Nebennierenpräparate bei ihrer Anwendung in der Rhino-Laryngologie.

(Ein Sammelreferat.)

Von W. Freudenthal, New-York.

Divinum est opus sedare dolorem.
Hippocrates.

Der Aufforderung des Herausgebers dieser Zeitschrift, eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand dieser Frage zu liefern, kommt Referent mit um so grösserer Bereitwilligkeit nach, als er sich bewusst ist, dass gerade jetzt manche Phasen der Localanästhesie in ein acutes Stadium getreten sind.

Jeder, der in der Prae-Cocain-Aera chirurgisch thätig war, wird dankbar die Vortheile anerkennen, welche gerade wir Laryngologen vor allen Anderen durch die localen Anaesthetica gewonnen haben. Ebenso wie die Erfindung der Esmarch'schen Binde von der grössten Wichtigkeit für Operationen an den Extremitäten wurde, so bedeutet für uns die Erfindung des Adrenalins in vielen Fällen eine geradezu blutleere Operation. Doch wie jeder Fortschritt in der Welt neue Gefahren mit sich bringt, so war es auch mit diesen neuen Medikamenten. Denn es unterliegt keinem Zweifel, dass, so ausserordentlich wertvoll diese Erfindungen sind, sie gar manche Gefahren mit sich bringen, und es ist an uns zu entscheiden, wo die Gefahr beginnt, und wie weit wir mit der Anästhesie gehen dürfen.



Wir werden nur diejenigen Anaesthetica hier besprechen, welche durch directen Contact mit Chemikalien (Schleimhaut-Contact-Anästhesie) erzeugt werden. Alle diese Mittel sind universelle Protoplasmagifte, welche nicht allein die sensiblen Nervenelemente lähmen, sondern, vorübergehend und ohne Hinterlassung einer dauernden Veränderung, die Function alles lebenden Protoplasmas, mit dem sie in wirksame Berührung kommen, stören und aufheben. Unter anderem lähmen sie auch die sensiblen Nerven. Sie müssen daher, wenn sie in genügender Menge und genügend schnell resorbirt werden und in den Kreislauf gelangen, abgesehen von örtlichen Erscheinungen auch allgemeine Vergiftungen hervorrufen, im Allgemeinen proportionell ihrer örtlichen anästhesirenden Potenz, d. h. ihrer Affinität zum Protoplasma (Heinrich Braun).

Die schmerzstillende Wirkung all dieser Mittel steht gewöhnlich im geraden Verhältniss zur Grösse der Gefahr. Dazu kommt noch bei manchen Individuen eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen die verschiedensten Gifte. Es ist eine anerkannte Thatsache, dass ein geringer Theil der Flüssigkeit in die Venen oder Lymphgefässe gelangen und auf diese Weise in die Circulation gebracht werden kann. Der grössere Theil jedoch bleibt an der Applicationsstelle liegen und wird dort langsam resorbirt. Der Erfolg wird demnach um so grösser sein, je langsamer die Resorption vor sich geht.

Es sei uns gestattet, zunächst eine Anzahl der jetzt gebräuchlichen Anaesthetica zu erwähnen und dann eine Erörterung über deren Anwendung bei verschiedenen Operationen folgen zu lassen.

In der Reihe der per mucosam wirkenden Anaesthetica steht das Cocain obenan, welches bekanntlich aus den Blättern des Erythroxylon Coca im Jahre 1859 hergestellt und später von dem jetzt in New York wohnenden Dr. Carl Koller in die Augenheilkunde eingeführt wurde.

Cocain.

Es ist unnöthig, hier auf die Anwendung des Cocains in den oberen Luftwegen hinzuweisen, da jeder Leser dieser Zeitschrift vollständig damit vertraut ist. Es sei mir nur gestattet, zu erwähnen, dass die Anwendung des Cocains wie die ähnlich wirkender Präparate in der Nase analog zu sein scheint der Wirkung des Cocains, wenn es in den Duralsack gebracht wird. Es wirkt namentlich, wenn es in die Muscheln eingespritzt wird, viel giftiger als an anderen Stellen des Körpers. Doch beobachtete Weigand, dass unter 17 von ihm zusammengestellten Vergiftungen nach Cocainisirung der Nasenschleimhaut sich kein Exitus letalis befand, unter 12 Vergiftungen nach Operationen im Munde und Rachen deren 2, dass unter 11 Vergiftungen nach Kehlkopfanästhesirung ein Todesfall vorkam.

Der chronische Cocainismus wird heutzutage selten nach nasalen Operationen beobachtet; hin und wieder auch nur bei Morphinisten, wenn sie sich Cocain als Palliativum einspritzten. Es ist ein unangenehmes Ereigniss, an einem solchen Patienten operiren zu müssen, wie es dem Referenten erst vor Kurzem passirte; der Patient genas jedoch vollständig.

In den letzten Jahren hat man Cocain mit anderen Mitteln verbunden, so z. B. mit Antipyrin (5—10 pCt.), Carbolsäure, Resorcin usw.; jedoch vermindert die Zugabe von Carbolsäure (4 pCt.) weder die Toxicität, noch vermehrt sie die anästhesirende Kraft des Cocains. Merck brachte eine Mischung von reinem Cocain mit reinem Phenol (v. Oefele) auf den Markt. Sie wurde von französischen Autoren empfohlen, doch sprach sich Heinrich Braun mit Recht gegen deren Anwendung aus, weil sie die Gewebe stark angreift und sogar Gangrän hervorgebracht hat. Lange Zeit hindurch war Cocain das einzige Localanaestheticum, das wir hatten, aber sehr bald erschienen andere, von denen eins von einer anderen Sorte Cocablätter hergestellt wurde (aus Java), während die anderen rein synthetische Producte waren. Das Erstere ist das Tropacocain; die Lösungen desselben halten sich gut und werden durch Kochen nicht zersetzt. Es bringt jedoch nicht, wie Cocain, eine Contraction der Blutgefässe hervor, und vielleicht schon aus diesem Grunde hat man es in der Praxis aufgegeben. Von den synthetischen Producten ist das wichtigste das

Novocain.

Es ist sterilisirbar und hält sich monatelang in gut verschlossenen Flaschen (!). In einer Concentration von 2,5 pCt. ruft es weder Schmerz bei der Injection hervor, noch auch später irgend welche andere Erscheinungen. Eine Irritation tritt erst bei einer Concentration von 10 pCt. ein. Es verträgt den Zusatz von Adrenalin. Die Experimente von Pouchét und später von Reclus haben bewiesen, dass auch hier bei der Vergiftung zwei Faktoren von Wichtigkeit sind: 1) die Concentration und 2) die Schnelligkeit der Einspritzung resp. der Absorption. Ad 1) Bei einem Versuchstiere injicirte man 0,04 Cocain, das in 1 ccm Wasser aufgelöst war. Das Thier starb. Bei einem anderen Tiere wurde 0,1 Novocain eingespritzt, das in 15 ccm Wasser aufgelöst war, und dieses Thier blieb am Leben. Ad 2) Piquand und Dreyfus spritzten eine 1 proc. Lösung von Novocain in das Ohr eines Thieres, und zwar 5 ccm der Flüssigkeit pro Minute. Nach 3 Minuten, also nachdem 15 ccm eingespritzt worden war, starb das Thier. Wenn sie aber die Geschwindigkeit um das Doppelte verminderten, d. h. wenn sie 5 ccm in 2 Minuten einspritzten, starb das Thier erst, nachdem es 20 ccm des Alkaloids bekommen hatte. Französische Autoren empfehlen es sehr warm. („Les accidents immédiats n'existent pas; il n'y

a pas eu de syncope.“ Nogué.) So interessant diese Experimente für die Frage, die uns heute hauptsächlich beschäftigt, sein mögen, so müssen wir doch eingestehen, dass Novocain in vielen Ländern, wie in Amerika, wenig gebraucht wird, dahingegen in Deutschland und Frankreich viel mehr.

Während der letzten Jahre wurde in hiesigen medicinischen Kreisen das

Stovain

sehr viel discutirt. Es wurde als Ersatzmittel für das Cocain empfohlen, aber auch das Stovain ist ein Gift in Bezug auf das Centralnervensystem und wird jetzt kaum in der Laryngologie verwendet.

In dieselbe Kategorie gehören auch Eucain, Holocain, Aneson, Acoin und einige andere, die wohl schon gänzlich aus dem therapeutischen Arsenal beseitigt worden sind.

Einen besseren Platz verdient das

Alypin.

Dieses wird von vielen Seiten warm empfohlen, von Anderen aber wird die Thatsache betont, dass die durch Alypin hervorgebrachte Anästhesie doch im Allgemeinen sehr schwach ist. Da Alypin nicht dieselben vasoconstrictorischen Eigenschaften wie das Cocain hat, so kann man es theilweise für Amputation der Muscheln verwenden (J. M. Fernandez, Antonio Staurenghi, Reimers, Bruck).

Während das Cocain durch die Contraction der Blutgefässe eine Oligämie erzeugt, d. h. eine partielle Anämie der Schleimhaut, wurde vor nicht langer Zeit ein neues und wunderbares Mittel entdeckt, das eine totale Anämie der Schleimhäute bewirkt, das die Vitalität derselben temporär aufhebt und andere Eigenschaften hat, die ausserordentlich wichtig sind zur localen Anästhesie. Dieses Mittel ist das

Adrenalin.

In Deutschland gebraucht man meistens das Wort Suprarenin für die vielen aus rein kommerziellen Ursachen hergestellten Nebennierenpräparate. Hier in Amerika, England und Frankreich wird fast ausschliesslich Adrenalin gebraucht. So wunderbar der Effect dieses Mittels auch ist, so ist dessen Application zuweilen doch von den grössten Gefahren begleitet.

Im Jahre 1901 schrieb Takamine, dass Adrenalin keinerlei auf das Herz wirkende toxische Eigenschaften besässe. Diese Behauptung wurde, soweit mir bekannt, von jedem Laryngologen geglaubt, bis sie sich als ganz falsch und irreleitend herausstellte. Es unterliegt keinem Zweifel, dass wir es hier mit einem Medicament zu thun haben, welches ausser der localen häufig eine allgemeine toxische Wirkung besitzt. wenn es

in genügender Menge und Concentration in die Circulation gebracht wird. Carnot und Jusserand haben gezeigt, dass es Thiere in verschiedener Weise afficirt. So konnte ein Hund ohne irgend welche Schädigung die ungeheure Dose von 0,5 mg pro Kilogramm des Körpergewichts intravenös vertragen, während ein anderer Hund einer 25 mal geringeren Quantität erlag. Ebenso verhält es sich bei dem Menschen. Braun und Dönitz injicirten sich selber Adrenalin. Bei 0,5 traten schon allgemeine Erscheinungen ein: Depressionsgefühl, hoher Puls, Schwindel usw. Wenn aber Adrenalin mit einer Kochsalzlösung zehnfach verdünnt wurde, konnten sie die doppelte Dose injiciren, ohne dass Vergiftungssymptome eintraten. Fernerhin löste Braun 5 Tropfen der gewöhnlichen Suprareninlösung in 100 ccm Kochsalzlösung auf, d. h. 1 : 600000, und selbst noch mit dieser Verdünnung konnte er gute Resultate nach Injectionen erzielen. Lermoyez und Aubertin kamen nach vielen Versuchen an Kaninchen zu dem Resultat, dass grosse Vorsicht bei der Anwendung des Adrenalins angezeigt sei wegen der damit verbundenen Gefahren (Lungenödem, Hypertrophie des Herzmuskels). In teilweisem Gegensatz dazu scheinen die Experimente einiger amerikanischer Laryngologen zu stehen (Hopkins, Theisen, Mosher, Randall).

Aus diesen Versuchen und den anderen vorerwähnten können wir lernen, dass man niemals eine grosse Quantität Adrenalin auf einmal in die Circulation bringen soll, noch auch darf die Lösung concentrirt sein, weil sonst toxische Effecte sicherlich eintreten werden. Man kann vielleicht sogar die Regel aufstellen, dass je langsamer man Adrenalin injicirt und je mehr verdünnt es ist (natürlich bis zu einem gewissen Grade), desto geringer dürfte die Gefahr für den Patienten sein. Auf die Schleimhäute applicirt scheint es niemals Nebenwirkungen hervorgerufen zu haben, wenigstens sind dem Referenten keine solchen bekannt geworden.

A. Fröhlich und O. Löwi fanden ebenso wie Heinrich Braun, dass an sich unwirksame Gaben von Cocain in hohem Maasse die Adrenalinwirkung steigerten und zwar nach Intensität wie auch nach der Dauer. Umgekehrt konnte man constatiren, dass ein ganz geringer Zusatz von Adrenalin zu einer Cocainlösung die Wirkung der letzteren sehr steigerte, und dass sie dann besonders in nichtoperativen Fällen gebraucht werden konnte. Diese letztere Thatsache scheint nicht allgemein bekannt zu sein, und ich denke augenblicklich besonders an die locale Anästhesie zu bronchoskopischen Zwecken. Recke fand, dass verschiedene Substanzen der Cocaingruppe, besonders Holocain, Akoin, Nirvain, Subcutin, sich mit Suprarenin combiniren lassen, dass jedoch die anästhesirende Kraft sehr gering war im Vergleich zu der Cocain-Suprarenin-Lösung. Novocain verband sich besser mit Adrenalin als die eben genannten Mittel. Es unter-

liegt jedoch keinem Zweifel, dass das Cocain das einzige Mittel aus dieser Gruppe ist, welches in keiner Weise die vasoconstrictorischen Eigenschaften des Adrenalins aufhebt.

Nachdem wir so in Kurzem die verschiedenen Mittel besprochen haben, welche eine Anästhesie hervorbringen können, wollen wir jetzt deren Anwendung bei den häufigeren Operationen besprechen und deren eventuelle Gefahren ausfindig zu machen suchen.

Der Sinus frontalis.

Luc-Paris machte eine doppelseitige radicale Operation am Sinus frontalis erfolgreich unter localer Anästhesie. So sehr auch der Autor ein Recht hat, mit diesem Erfolg zufrieden zu sein, so können wir doch nicht umhin zu glauben, dass die locale Anästhesie niemals allgemein für solche grosse Operationen in Verwendung kommen, sondern wohl immer eine Ausnahme bleiben wird.

Die häufigste Operation im Innern der Nase ist heutzutage wohl die submucöse Resection des Septums. Es giebt verschiedene Methoden, um die in Betracht kommenden Theile anästhetisch zu machen, von welchen ich nur die gebräuchlichsten erwähnen will.

1. Die submucöse perineurale Injection, die von verschiedenen Seiten empfohlen wurde, und 2. die Freer'sche Methode, welche darin besteht, dass man einen an eine Sonde befestigten Wattebausch in Adrenalin, dann in pulverisirtes Cocain taucht und damit die Schleimhäute des Septums einreibt. Diese Methode giebt eine ausgezeichnete und vollständige Anästhesie, wird jedoch von verschiedenen Autoren verworfen, weil man nicht die genaue Quantität des Cocains bemessen kann. An Stelle dessen wird empfohlen, Tampons, die in eine 10—20 procentige Lösung von Cocain plus Adrenalin getaucht sind, gegen das Septum zu packen, dann mit einer neuen derartigen Lösung das Septum einzureiben und schliesslich Cocain-Adrenalin-Lösung einzuspritzen. Zweifellos haben viele Laryngologen die Freer'sche Methode aus Furcht vor Cocainintoxication nicht angewandt. Ich habe jedoch dieselbe häufig versucht und hatte niemals einen unangenehmen Zufall bei der Application des reinen Pulvers zu beklagen. Sobald wir jedoch anfingen, die Gewebe mit einer Cocain-Adrenalinlösung oder mit Adrenalin allein zu infiltriren, zeigten sich sofort gefährliche Symptome, die zwar gesehen, aber nicht verstanden wurden. Ich habe wiederholt in meiner Privat- und Hospitalpraxis meine Assistenten auf die Gefahren aufmerksam gemacht, wenn ich bemerkte, dass ein Patient plötzlich ganz bleich wurde, schwer athmete. Der erste Todesfall jedoch, der durch Adrenalin hervorgebracht war, wurde von Dr. Thomas Hubbard aus Toledo, Ohio, erwähnt. Der College war so freundlich, mir genaue

Details des im Centralblatt bereits erwähnten Falles zuzuschicken. Ich halte es für nothwendig, dieselben hier mit den Bemerkungen des Collegen zu veröffentlichen. „Es handelte sich um hypertrophische Muscheln und eine Deviatio septi. Eine Aetherchloroformnarkose wurde von einem sehr erfahrenen Collegen gegeben. Es wurden 10 oder 12 Tropfen Adrenalin (1 : 1000) in die Muschel eingespritzt, und man war gerade dabei, eine zweite Injection folgen zu lassen oder dieselbe war vielleicht schon zum Theil gemacht, als Patient plötzlich ganz bleich wurde, das Herz zu schlagen aufhörte und die Athmung nach und nach abnahm. Es wird hier angenommen, fährt Dr. Hubbard fort, dass Adrenalin die Ursache des Todes war und dass etwa 12—15 Tropfen injicirt worden waren. Bei verschiedenen Discussionen hörte ich von so vielen schweren Zufällen, dass ich von der grossen Gefahr des Adrenalins überzeugt bin, wenn man es in Gewebe bringt, die eine reiche Blutzufuhr haben, und es scheint mir, dass, wenn 5 Tropfen subcutan fast augenblicklich einen asthmatischen Anfall zum Stillstand bringen können, dies ein Beweis für die ausserordentliche physiologische Kraft des Mittels ist.“ Soweit Dr. Hubbard.

Ein ganz ähnlicher Fall passirte in meiner eigenen Praxis. Ein 26jähriger gesunder und kräftiger Mann ersuchte mich, ihn wegen seiner Deviatio septi unter allgemeiner Narkose zu operiren. Dies geschah auch, und während ich mich gerade fertig machte, um die Operation zu beginnen, injicirte einer meiner Assistenten 10 Tropfen Adrenalin 1 : 1000. Der junge College, der bei früheren Operationen bemerkt hatte, wie sehr die Quaddelbildung nach der Injection die spätere Trennung der Schleimhäute vom Septum erleichterte, hielt es für das Gerathenste, durch eine einzige starke Injection die Schleimhaut ihrer ganzen Länge nach emporzuheben. Unglücklicher Weise war die Flüssigkeit nicht verdünnt. Als ich einige Secunden später den Patienten ansah, bemerkte ich eine ausserordentliche Blässe des Gesichts, und die Athmung schien augenblicklich aufgehört zu haben. Es waren zufälliger Weise noch vier andere, sehr erfahrene Chirurgen im Zimmer anwesend, und wir alle versuchten das Beste, um das Leben des Patienten zu retten, aber vergebens. Ich muss hier hinzufügen, dass dieser Unfall durch die Injection des Adrenalins hervorgebracht wurde bei einem Menschen, dessen Vitalität zum Theil schon durch das Chloroform herabgesetzt worden war. Sicherlich war es aber nicht das Chloroform, welches den Tod verursachte, da wir in solchen Fällen nicht die ausgesprochene und plötzliche „Todten“-Blässe im Gesicht wie nach Adrenalin bemerken. (Cocain war nicht zur Verwendung gekommen.)

Es sind noch andere Fälle in der Literatur berichtet, welche ich hier erwähnen möchte, um sie zusammen den Laryngologen zur Kenntniss zu

bringen. So berichtet Enderlen-Marburg (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) in einer Discussion kurz über eine schwächliche Patientin, die eine Injection einer schwachen Cocainlösung, der 6—8 Tropfen Adrenalin zugesetzt waren, erhalten hatte. Die Frau starb, und Enderlen hält das Adrenalin für die Todesursache. Riballier-Paris injicirte einem 3½ Monate alten Kinde 5 Tropfen Suprarenin 1 : 1000, worauf ein schwerer Collaps eintrat. Die Grundregel, concentrirte Lösungen nicht zur subcutanen Injection zu verwenden, ist also auch hier ausser Acht gelassen worden, fügt Braun richtig hinzu.

Dr. Wm. R. Butt aus Philadelphia theilte mir zufälliger Weise mit, dass die toxischen Symptome schwerer geworden seien, seitdem er Adrenalin dem Cocain zusetzt. Sie waren sicherlich früher viel leichter, als er Cocain allein gebrauchte.

Ein sehr wichtiger Artikel über diesen Gegenstand erschien erst vor wenigen Wochen (24. Februar) im British Medical Journal aus der Feder des Dr. B. Seymour Jones. Er geht folgendermaassen vor: Nachdem beide Seiten des Septums mit einer 20proc. Cocain-Adrenalinlösung eingepinselt sind (bei Septum-Deviationen), injicirt er eine $^1/_5$ proc. Lösung von Cocain, der er Adrenalin zusetzt. Im Ganzen gebraucht er 12 Tropfen Adrenalin für die Injection! Gleich anderen Beobachtern hat auch er hin und wieder einen Collaps, der nach 15 Minuten eintrat und natürlich dem Cocain zuzuschreiben war, beobachtet. Doch berichtet er 3 Fälle, die anders verliefen. Der erste Fall betraf eine schwache Frau, die ziemlich tief anästhesirt war (Chloroform-Aether), als man die submucöse Injection machte. Etwa eine Minute später wurde Patientin „todten"-bleich, die Athmung hörte auf und die Pupillen waren erweitert. Erst nach etwa 20—30 Secunden kam die Athmung langsam zurück. — Der zweite Fall war ein ganz ähnlicher. — Bei dem dritten Falle wurden gleichfalls einige Tropfen Adrenalin 1 : 1000 eingespritzt, aber diesmal in das vordere Ende der unteren Muschel (nachdem der Patient tief narkotisirt worden war). Innerhalb von 10 Secunden hörte die Athmung auf, der Puls war nicht fühlbar, und die Pupillen waren weit dilatirt. Inversion wurde auch hier gemacht, und die Athmung kehrte allmählich zurück. „Die Ursache dieser Unfälle," schreibt Jones, „war dem Adrenalin zuzuschreiben, da kein Cocain gebraucht worden war, und in dem letzten Falle ging die Resorption besonders schnell vor sich durch das in der unteren Muschel reichlich vorhandene Venensystem." — Dr. Jones war in der That glücklich, dass ihm nichts Schlimmeres passirt ist. — —

Wir kommen jetzt zur Chirurgie der Muscheln, und hier möchte ich energisch davor warnen, Cocain oder eins der Adrenalinpräparate einzuspritzen, da die Gefahr wegen der schnellen Resorption eine grosse ist.

(Vor vielen Jahren injicirte Referent aus anderen Ursachen Cocain in die Muscheln; nicht allein traten die heftigsten Kopfschmerzen auf, sondern auch sehr schwere Collapserscheinungen.) Viele Beobachter haben seitdem die Injection in die Muscheln ganz aufgegeben. Wenn wir dieses Organ zu anästhesiren haben, so ist hier vielleicht das Alypin, mittelst eines Wattebausches applicirt, den Cocainpräparaten vorzuziehen (Dobrowolski, Reimer u. A.).

Die Kieferhöhle.

Um hier locale Anästhesie zu erzeugen, hat man gleichfalls verschiedene Wege eingeschlagen. So wurden submucöse Injectionen in die Gegend des mittleren Nasenganges von verschiedenen Autoren empfohlen. Sturmann-Berlin braucht eine Lösung von Cocain, Jodtinctur, Carbolsäure, Glycerin und Wasser, dem er eine geringe Quantität Suprarenin zusetzt. Denker pinselt die Schleimhaut der Gingiva mit einer 10—20proc. Cocain-Suprareninlösung ein, macht dann subperiostale Injectionen einer Novocain-Suprareninlösung und hilft dann schrittweise mit Wattetampons nach. Munch-Paris verwendet die regionale Anästhesie (Boerger, Gordon, King, Schilpervoort, Nager, Moure, Garrett). Nach dreifacher Anbohrung des Kieferknochens wird eine Ueberschwemmung der Diploe mit Cocain ermöglicht, und dadurch soll auch das Auskratzen der Kieferhöhle schmerzlos sein. Er injicirt eine schwache Cocainlösung in den Stamm des Nervus maxillaris sup. an der Schädelbasis, da wo er aus dem Foramen rotundum in die Fossa pterygo-maxillaris eintritt. Razemon ging auch schrittweise vor, ebenso wie Metzianu, dem aber die Anästhesirung nur in einem von 2 Fällen gelungen war. — Keine unglücklichen Zufälle wurden bei diesen Operationen berichtet, wohl aus dem einfachen Grunde, weil die meisten derselben doch wohl noch immer unter allgemeiner Anästhesie vorgenommen werden, wobei Adrenalin nur mit einem Wattebausch applicirt wird. — —

Die nächste Frage ist die Entfernung der adenoiden Wucherungen. Ruprecht-Bremen wendet zuerst einen 1proc. Suprarenin-Spray für beide Nasenhöhlen an; dann werden 6 (bei grösseren Kindern 8) dünne silberne Sonden mit Wattebäuschen, getränkt mit 8—10 Tropfen einer 10proc. Alypin-Suprareninlösung, nacheinander durch die Nase auf die Rachenmandel applicirt. „Verfasser ist mit seiner Methode zufrieden," sagt in etwas lakonischer Weise der Referent im Centralblatt, Herr Dr. Sobernheim. Doch wird diese Methode von Leshure in New York und Andern in ähnlicher Weise ausgeführt. Referent hat sich bis jetzt noch nicht entschliessen können, bei kleinen Kindern irgend welche locale Anaesthetica zu verwenden und glaubt, dass dies auch die Ansicht der meisten Laryngologen ist.

Auch für die Entfernung der Gaumenmandeln wurden von Broeckaert, Yankauer, dann A. L. Weil-New Orleans und Andern, die perineuralen Injectionen empfohlen. Die meisten Operateure wenden jedoch Cocain-Adrenalin-Injectionen in die Krypten der Tonsille und um dieselbe herum an. Viele, Leshure-New York, Laurens-Paris und Andere, bepinseln die Mandeln zuerst mit einer „starken" Cocainlösung und injiciren dann Cocain. Ruprecht injicirt eine 2proc. Novocainlösung, der er 0,1 Vol. Suprarenin zusetzt.

Für uns alle, die wir bei der totalen Ausschälung der Tonsillen eine dieser Injectionsmethoden verwerthen, war es häufig eine ausserordentliche Genugthuung, an einem an Gefässen überreichen Organe so leicht und so schmerzlos operiren zu können, doch traten leider auch hier sehr bald wieder die grossen Gefahren der Anästhesie in den Vordergrund. Verschiedene Todesfälle wurden in der Literatur berichtet, und zweifellos sind viele andere passirt, die nicht veröffentlicht wurden.

Der erste Fall dieser Art wurde von Thomas J. Harris-New York berichtet, der eine reiche laryngologische Erfahrung hinter sich hat. Sein Fall betrifft einen 30jährigen, scheinbar vollständig gesunden Mann, der im Ganzen 0,005 Cocain und 8—10 Tropfen Adrenalin 1 : 1000 eingespritzt bekommen hatte. Sofort nach der Injection traten Convulsionen auf. Patient wurde leichenblass, und ein profuser Schweiss trat ihm auf die Stirn. Nach kurzer Zeit starb er. Bei der Section fand man nur eine vergrösserte Thymusdrüse. Wir ersehen aus diesem Bericht, dass dem letzteren Umstande scheinbar der Tod des Patienten zugesprochen wurde, doch scheint es mir zweifellos zu sein, dass eine Quantität von 8—10 Tropfen Adrenalin in die Tonsille injicirt, seinen Tod bedingten, und die Gegenwart einer vergrösserten Thymusdrüse weiter nichts als reiner Zufall war[1]). Dieses ist auch die Ansicht von Dr. Harris. — Ein anderer Todesfall, der in New York vorkam, und der mir berichtet wurde (nicht veröffentlicht), betrifft ein 10jähriges Kind, welches im Hause eines Arztes (Nicht-Laryngologen) wegen vergrösserter Tonsillen operirt werden sollte. Man injicirte dem Kinde eine 10proc. Cocainlösung, der Adrenalin zugesetzt worden war, worauf das Kind innerhalb weniger Minuten todt war. Natürlich ist dieser letztere Unfall der grossen Unwissenheit und Leichtsinnigkeit des betreffenden Operateurs zuzuschreiben und darf kaum der rationellen Anwendung des Cocains und Adrenalins in die Schuhe geschoben werden. Solche Unfälle können und müssen unter allen Umständen vermieden werden. Doch geradezu alarmirend ist eine Veröffent-

1) Hoffentlich werden durch diese mannigfachen Mittheilungen von Unfällen nach Adrenalin endlich alle die vielen Fabeln über die vergrösserte Thymusdrüse und deren Einfluss auf die Narkose aus unseren Zeitschriften verschwinden.

lichung von Dr. Bryan De F. Sheedy-New York (Med. Record, 1911), in der Verfasser über 3 in seiner eigenen Praxis vorgekommene Todesfälle berichtet. Man bedenke nur: eine immerhin kleine Operation, wie die Ausschälung der Tonsillen es ist, soll in einer verhältnissmässig kurzen Zeit 3 Todesfälle verursachen! Es sei gestattet, kurz die Fälle Sheedy's zu recapituliren.

Fall 1. Ein 25jähriger, gesunder Mann erhielt Injection von etwa 0,01 Cocain und etwa 15 Tropfen einer verdünnten Adrenalinlösung. Fast augenblicklich wurde er ohnmächtig, sehr blass, und es trat profuser Schweiss auf. Der Patient starb bald darauf. Bei der Section wurde nichts Abnormes gefunden.

Fall 2. 44jähriger, gesunder Mann. Grosse Mandeln. Es wurde injicirt in ähnlicher Weise wie vorher, da aber ein Theil der Flüssigkeit vorbeiging, wurde die Injection nach 15 Minuten wiederholt. Kaum 3 Minuten nach der zweiten Injection wurde der Patient todtenblass, Puls nicht fühlbar, Athmung schwach, und trotz aller Wiederbelebungsversuche starb er in kürzester Zeit. Keine Section.

Fall 3. Gesunder Mann von 25—30 Jahren wurde operirt unter allgemeiner Narkose. 15 Tropfen Adrenalin 1:1000 wurden injicirt in 3 Theilen. ½ Minute nach der letzten Injection wurde die Haut des Patienten so bleich, wie überhaupt die Haut nur werden kann, die Athmung wurde schwächer und schwächer, und eine Minute, nachdem der Patient so aussergewöhnlich blass geworden war, war er todt. Keine Section.

Der letzte Fall gibt uns ein so klares klinisches Bild der acuten Adrenalinvergiftung, dass man ihn als klassisches Beispiel in ein Lehrbuch bringen könnte.

Referent hat alle diese Beispiele angeführt, um den Laryngologen, die am meisten bei diesen Operationen interessirt sind, die Gefahren von concentrirten und grossen Dosen von Adrenalin vor Augen zu führen. Referent ist sich bewusst, dass gerade in seinem eigenen Hospital in Montefiore Home Tausende von subcutanen Injectionen bei Asthmakranken ohne jeden Unfall gemacht worden waren, aber bei all' diesen Fällen wurde mit einer kleinen Dose angefangen und langsam gestiegen[1]). In

1) Gerade während ich dieses niederschreibe, wird mir von einem angesehenen Collegen folgender Fall mitgetheilt: Ein Herr in den 40er Jahren kam mit einem heftigen Anfall von Bronchialasthma in die Sprechstunde. Es wurden 10 Tropfen Adrenalin (1:1000) subcutan injicirt, worauf Patient zu Boden stürzte, auffallend bleich und ohnmächtig wurde u. s. w. Der College bemühte sich 2½ Stunden um den Patienten, ehe er ihn ohne Gefahr nach Hause schicken konnte. Patient genas vollständig von dieser Intoxication.



unserer chirurgischen Thätigkeit liegen die Verhältnisse anders, und das Adrenalin hat sich hier als höchst gefährlich erwiesen.

Vielleicht wurden aus diesem Grunde Experimente mit einem anderen Stoffe gemacht und ein Doppelsalz hergestellt, nämlich das salzsaure Chinin und Harnstoff (Chininum bimuriaticum carbonidatum).

Da dieses Salz fast ausschliesslich bei den Tonsillen zur Verwendung kam, so sei es mir gestattet, es an dieser Stelle zu besprechen. Es waren Versuche gemacht worden von Hertzler, Brewster, Rogers, S. Solis Cohen, Herzig, Sheedy u. A. Nach Gaudier ist es leicht lösbar, haltbar und von langdauernder Wirkung, scheinbar auch gefahrlos. Es hat aber keine vasoconstrictorischen Eigenschaften und wirkt demnach nicht so anämisirend wie Cocain und Adrenalin. Die Anästhesie stellt sich langsam ein, hält aber lange vor, mehrere Stunden, ja tagelang. Fletcher Ingals empfiehlt eine 15 proc. Lösung des salzsauren Chinins und Harnstoffs, der er 5 pCt. Cocain mit etwas Adrenalin zusetzt. Damit will er die Anästhesie schneller erzielt haben als mit einer 20 proc. Cocain-Suprareninlösung. J. A. Winslow braucht es in einer 3- bis 5 proc. Lösung ohne Adrenalin, aber er sah doch Oedeme auftreten nach Tonsillectomien. B. R. Shurly-Detroit brauchte es häufig, aber nachdem ihm Fälle von Larynxödem berichtet worden waren, die nach Anwendung dieses Doppelsalzes auftraten, gab er es auf. Chavanne wandte es dort an, wo man aus irgend einem Grunde Cocain nicht anzuwenden wagte, und das scheint auch im Allgemeinen jetzt die Hauptindication für die Verwendung dieses Doppelsalzes zu sein. Jedenfalls aber dürften weitere Experimente in dieser Richtung von Interesse sein.

Wir kommen jetzt zum Kehlkopf. Hier möchte ich wiederum die Thatsache in Erinnerung bringen, dass kleine Quantitäten Adrenalin im starken Maasse die anästhesirende Kraft des Cocains vergrössern, wenn sie demselben zugesetzt werden.

Zum Schluss möchte ich wiederholen, dass wir es gelernt haben, auf unserer Hut zu sein gegenüber den toxischen Wirkungen des Cocains und seiner Derivate. Die Statistiken, die wir heute gebracht haben, mögen dazu beitragen, die Laryngologen zur Vorsicht zu mahnen, wenn sie jenes ausserordentlich werthvolle Mittel, das Adrenalin, verwenden, und ich möchte mit den Worten schliessen, die Nogué ausgesprochen hat: „Nous pouvons donc écrire que l'adrénaline est un médicament qu'on doit administrer avec prudence dans tous les cas", dem ich noch hinzufügen möchte, dass wir uns besonders in Acht nehmen müssen, wo submucöse Injectionen in die Schleimhäute der oberen Luftwege gemacht werden.

Als Referent gleich nach Fertigstellung dieses Berichtes vor der Section of Laryngology der „New York Academy of Medicine“ einen Vortrag über das obige Thema hielt, wurde eine grosse Anzahl ähnlicher Unfälle berichtet. Auch ein Urologe, der zufällig meinem Vortrage beigewohnt hatte und nicht genannt sein möchte, theilte mir privatim mit, dass auch er von einem Todesfalle weiss, der nach Einspritzung von Adrenalin in die Urethra sich ereignet hätte. Referent bittet, ihm weitere Fälle mittheilen zu wollen.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **O. Chiari** und **O. Kahler. Die neue Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 129. 1912.*

Am 1. October 1911 wurde in Wien die neue Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten eröffnet.[1]) Der freistehende Neubau, der in jeder Beziehung den modernsten Anforderungen entspricht, enthält die Räume für Klinik und Poliklinik. Die Klinik zählt 55 Betten, der Curssaal hat Raum für 28 Untersuchungsplätze, der Hörsaal fasst ca. 130 Hörer. Den Dienst besorgen 5 Assistenten und 2 Demonstratoren; zudem sind immer noch mehrere Aspiranten und Hospitanten behülflich. Im Sommersemester 1909 waren 220 Studenten inscribirt; nach der neuen Studienordnung ist jeder Hörer der Medicin verpflichtet, einen 6wöchentlichen Curs oder ein 2—3stündiges Semestercollegium zu hören. Die jährliche Zahl der ambulanten Kranken betrug im Jahre 1910 ca. 1500.

An Hand von 40 Textabbildungen und 5 Plänen wird das Innere des stattlichen Baues erklärt. Mancher Klinikvorsteher, der jetzt noch in alten engen Räumen arbeitet, wird das freudige und stolze Gefühl der Autoren begreifen, welches in den Worten zum Ausdruck kommt: „Wir glauben, Wien, die Geburtsstätte der klinischen Laryngologie, kann mit Stolz sagen, dass die schönste und grösste laryngologische Klinik der Welt in seinen Mauern steht.“ OPPIKOFER.

2) **S. Maccuen Smith. Der Unterricht in Oto-Laryngologie an den Undergraduate and Postgraduate Medical Schools. (The teaching of Oto-Laryngology in Undergraduate and Postgraduate Medical Schools.)** *The Laryngoscope. August 1911.*

Verf. beschreibt im Detail die Unterrichtsmethoden für Studenten (undergraduate) an 16 Instituten in den Vereinigten Staaten und zwei in Canada. An den meisten dieser Schulen besteht fast gar kein theoretischer Unterricht, es wird nur klinischer ertheilt. Nur bei 7 dieser Schulen besteht die Bestimmung, dass im Schlussexamen Otologie und Laryngologie geprüft werden, bei den übrigen wird der Nachweis der Kenntnisse in diesen Fächern bei dem Examen in allgemeiner Medicin oder Chirurgie erbracht.

---

1) Eine eingehende Schilderung der neuen Wiener Klinik aus der Feder Chiari's findet sich auch in diesem Centralblatt. S. 553. 1911.



Im ganzen ergiebt sich, dass für den Unterricht in diesen Fächern in den undergraduate schools besser gesorgt ist, als in den postgraduate schools.

EMIL MAYER.

3) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Wissenschaftlicher rhino-laryngologischer Jahresbericht 1909—1911.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 45. S. 1295 u. 1345. 1911.*

In erster Linie giebt Verf. eine Uebersicht über die Stirnhöhlen-Siebbein-Kieferhöhlen-Radicaloperationen, die an der Göttinger Klinik in den letzten zwei Jahren zur Ausführung kamen. Dann erwähnt er einen Fall von Chloroformtod nach Entfernung eines Nasenrachenfibroms, das in die Nase hereingewachsen war und nach der Denker'schen Methode operirt wurde. Da der Exitus erst eine Stunde nach der Operation eintrat und ein Sectionsprotokoll fehlt, so hält es Referent nach Durchlesen der Krankengeschichte nicht für sicher, dass hier ein Chloroformtodesfall vorliegt; es ist wahrscheinlicher, dass bei dem 12 Jahre alten Knaben Status lymphaticus und Blutverlust den üblen Ausgang bedingten. Ein zweites Fibrosarkom des Nasenrachenraums, das in die Nase, das Siebbein und die Keilbeinhöhle hereingewachsen war, wurde durch Operation auf perethmoidalem Wege geheilt. Doch ist die Beobachtungszeit eine zu kurze und deshalb ein Recidiv nicht ausgeschlossen.

Bei 30 Fällen von Ozaena wurde die Wassermann'sche Reaction vorgenommen, in allen Fällen mit negativem Resultat.

Im Ferneren giebt Verf. die Krankengeschichte eines 3 Jahre alten Knaben wieder, bei dem die Kieferhöhle wegen Osteomyelitis eröffnet wurde; Heilung. Dann bespricht er 2 Fälle von einseitiger Choanalatresie bei einem 30 Jahre und 19 Jahre alten Mann; submucöse Resection und dann Entfernen der Atresie mit dem Meissel.

Es folgen 6 Fälle von Lingua nigra villosa, die im Verlaufe von acuten Nasenrachenerkrankungen auftraten, und bei denen die Schwarzfärbung ohne Weiteres bald wieder verschwand, dann ein Fall von Perforation des weichen Gaumens bei 7 Jahre altem Mädchen im Anschluss an Scharlach und endlich eine Schussverletzung (Kugel im rechten Siebbein und dadurch Ethmoiditis hyperplastica; Extraction auf endonasalem Wege).

Im Ferneren bespricht Verf. eingehend 3 Fälle orbitaler Complication bei Nasennebenhöhlenerkrankung (2 Fälle von Neuritis optica retrobulbaris bei Erwachsenen und ein Fall von Stirnhöhleneiterung mit Durchbruch am Boden der Stirnhöhle bei 7 Jahre altem Knaben) und einige Larynxfälle, unter Anderem eine Bulbärparalyse mit doppelseitiger Posticuslähmung und ein Larynxfibrom mit amyloider Entartung.

OPPIKOFER.

4) **Secord H. Large. Vier Fälle von Sarkom der Nase und des Halses mittels Coley's Toxingemisch behandelt. (Four cases of sarcoma of the nose and throat treated with Coley's toxins.)** *Cleveland Medical Journal. April 1911.*

Verf. berichtet über vier Sarkomfälle. In zwei Fällen begann die Geschwulst in der Nase und breitete sich auf den Hals aus, in einem begann sie im Hals und ging in die Nase über und im vierten war der Ursprung in der Gaumentonsille und

die Ausbreitung erfolgte auf die Lymphdrüsen und die umgebenden Gewebe. Nur ein Fall kam zur Heilung; es war ein grosser die postnasale Region ausfüllender Tumor. Operation: Spaltung des weichen Gaumens, Abtragung des Tumors mit gekrümmten Meisseln; Recidiv in drei Monaten. Zweite Operation mit nachfolgenden Injectionen mit Coley's Toxingemisch. Nach zwei Monaten kleines Recidiv. Jetzt wurden die Injectionen in diesen Tumor gemacht mit dem Ergebniss, dass er zum Verschwinden gebracht wurde. Zwei Jahre später wieder ein kleines Recidiv; es wurden wieder 6 Monate lang Injectionen gemacht. Seitdem kein Recidiv mehr. Verf. bezeichnet als die einzigen in Betracht kommenden therapeutischen Mittel, die uns bei inoperablen Fällen zur Verfügung stehen: Röntgenstrahlen, Radium und Coley's Toxingemisch.

EMIL MAYER.

5) **Harold Neuhof. Die Wirkung künstlich erzeugten Fiebers auf einige chronisch-entzündliche und geschwürige Affectionen. (The effect of artificially induced fever upon some chronic inflammatory and ulcerative lesions.)** *New York Medical Journal. 8. Juli 1911.*

Ein 40jähriger Patient litt seit einigen Jahren an einer langsam fortschreitenden Ulceration der Nase, die bisher jeder Therapie getrotzt hatte. Eine definitive Diagnose konnte nicht gestellt werden; jedoch konnte Tuberculose, Syphilis und Neubildung ausgeschlossen werden. Während einer vor 3 Monaten durchgemachten acuten Osteomyelitis des Femurs mit hohem Fieber constatirte Pat. zum ersten Male eine Besserung im Aussehen des Geschwürs; aber nach dem Ablauf der acuten Erkrankung war das Aussehen wieder so wie früher.

Bei der Aufnahme in das Hospital constatirte Verf., dass die Nasenspitze und der knorpelige Theil der Nase sowie der angrenzende Theil der Oberlippe vollkommen durch ein Geschwür erodirt waren, dessen Grund belegt, dessen Rand unterminirt und das von einer weiten Indurationszone umgeben war. Es wurden nun Injectionen mit Coley's Toxingemisch gemacht und zwar in Dosen, die hoch genug waren, um eine fieberhafte Reaction herbeizuführen. Nach jeder Injection konnte Röthung und Schwellung der Geschwürsränder constatirt werden. Innerhalb einiger Wochen heilte unter Injectionen, die jeden 4. oder 5. Tag vorgenommen wurden, das Geschwür vollkommen.

Nach diesem Falle hat Verf. noch eine Anzahl Anderer ebenso behandelt. Er räth, mit kleinen Dosen zu beginnen und allmählich zu steigern. Der Erfolg beruht nach Ansicht des Verf.'s nicht auf specifischer Wirkung des Serums, sondern auf der fiebererzeugenden Wirkung desselben.

EMIL MAYER.

6) **Georg Ernst Konjetzny** (Kiel). **Zur Pathologie der Angiome.** Mit 4 Abbild. *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1912.*

„Gewisse Angiome können eine ausserordentliche Wachsthumsenergie entfalten und ganz den Charakter bösartiger Geschwülste annehmen.“ Wenn sie auch meist nur expansiv wachsen und nur durch Druckatrophie zum Schwund der Gewebe führen, so finden sich doch auch Fälle, wie Autor auf Grund histologischer Untersuchungen feststellen konnte, bei denen ein infiltrirendes Wachsthum — in gewissen Grenzen — sich nachweisen lässt. Auch die Metastasirung solcher

Tumoren konnte Verf., gleich anderen Autoren, bei der Section zweier progredienter cavernöser Angiome, die ad exitum kamen, beobachten. Unter anderen Fällen berichtet Autor über ein „13 Monate altes Kind mit einem cavernösen Angiom, das" — laut Anamnese 14 Tage nach der Geburt mit einem hirsekorngrossen Fleck auf der linken Wange beginnend — „die linke Wange vom Ohr bis ans untere Augenlid und nach unten über den Unterkieferrand hinaus, die Nase, die Kinn- und Unterkinngegend als bläulichrother, meist unregelmässig knolliger, schwammiger, compressibler Tumor einnahm." Die beigegebene Abbildung zeigt die ausserordentliche Entstellung des Gesichtes. Derartige Fälle mahnen uns, die Angiome nicht ohne Weiteres als quantité negligeable zu betrachten, sondern rechtzeitig für eine radicale Entfernung zu sorgen, unbedingt aber, sobald sich an dem Angiom irgend welche Expansionsbestrebungen bemerkbar machen.

HECHT.

7) **J. Safranek** (Budapest). **Ueber Blutgefässgeschwülste in den oberen Luftwegen.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 4. S. 353. 1911.*

Fall 1. Bei 20 Jahre altem Manne am rechten hinteren Gaumenbogen und im linken Sinus piriformis je ein kirschgrosser, blaurother Tumor, der schon makroskopisch sichtbare, geschlängelte Gefässe enthielt (2 farbige Abbildungen). Grössenzunahme der Tumoren bei Pressen. Keine Therapie, da keine Beschwerden. Neben diesen zwei Gefässgeschwülsten Erweiterung der Venen an der Zunge, am weichen Gaumen und im linken Sinus piriformis. Erweiterung der Venen der rechten Gesichts- und der rechten Halsseite. Varicocele links. Mittelschwere Chloroanämie ohne organische Erkrankung des Circulationsapparates.

Fall 2. Gestieltes kleinpfefferkorngrosses Angiom, ausgehend von der linken Stimmlippe bei 27 Jahre alter Frau.

Fall 3. Dem rechten Aryknorpel breitbasig aufsitzendes kleinhellergrosses Angiom bei 51 Jahre alter Frau.

OPPIKOFER.

8) **R. Brückner. Ueber die Betheiligung der sichtbaren Schleimhäute beim polymorphen Erythem.** *Dissert. Leipzig 1910.*

Eine Schleimhautbetheiligung bei den polymorphen Erythemen ist ziemlich selten. Die häufigsten Formen, die dabei auf der Schleimhaut erscheinen, sind Blasen, viel seltener sind Knoten oder Knötchen. Die Formen auf der Schleimhaut stimmen mit denen der äusseren Haut meist überein.

Verf. konnte 138 Fälle von polymorphem Erythem mit Mitbetheiligung der Schleimhaut aus der Litteratur zusammenstellen; er fügt dieser Statistik 3 weitere hierher gehörige Beobachtungen hinzu von Erythema exsudativum multiforme.

OPPIKOFER.

9) **S. Nagy** (Kolozsvár, Ungarn). **Ueber das Sklerom.** *Gyogyaszat No. 35—37. 1911.*

Mittheilung von 4 Fällen. Die Complementbindung von Goldzieher und Neuber hat sich in klinisch-diagnostischer Beziehung bewährt. Die Ascoli'sche Meiostagminreaction hat sich nicht bewährt. Die Salvarsanbehandlung war ganz erfolglos, ebenso versagte die Röntgenbehandlung in diesen Fällen. POLYAK.

10) **H. Philippi** (Davos-Dorf). **Ueber einen neuen Sputum- und Spucknapf-desinfector.** Mit 1 Tabelle u. 2 Abbild. *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1912.*

Der in der Arbeit abgebildete combinirte Autoclav ermöglicht in einer einzigen Operation von kurzer Dauer sichere Desinfection des Sputums durch Tödtung sämmtlicher Bakterien, Sterilisirung der Spuckgefässe und gleichzeitig automatisch-mechanische gründliche Reinigung, Spülung und Trocknung der Gefässe. Der aus Kupfer dauerhaft gearbeitete Autoclav ist leicht zu reinigen und zu bedienen, besitzt alle Sicherheitsvorrichtungen für gefahrlosen Betrieb, der rasch, billig und einfach erfolgt. Das Heizmaterial Gas, Petroleum oder Electricität wird vollständig ausgenutzt uud verursacht nur geringe Kosten. Der Betrieb kann continuirlich geschehen. Der Apparat ist von der Firma Hausmann a. G.-St. Gallen zu beziehen.

HECHT.

11) **Kassel** (Posen). **Mittel, um das Beschlagen von Brillen, Kehlkopfspiegeln etc. zu verhindern.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 4. S. 770. 1912.*

Man taucht ein Stück weichen Tuches in Seifenspiritus, windet es aus und lässt es trocknen. Leichtes Ueberwischen der Glasfläche mit diesem Tuche verhindert das Anlaufen.

OPPIKOFER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Pierre Bonnier. Die directe Behandlung des Asthmas auf nasobulbärem Wege. (Traitement direct de l'asthme par voie nasobulbaire.)** *Arch. Internat. de lar. Tome XXXI. No. 2. 1911.*

Wenn man bei einem gesunden Menschen mit einer Sonde ganz leicht eine Stelle der lateralen Nasenwand berührt, die sich etwas vorn und oberhalb des Kopfes der mittleren Muschel befindet, so kann man ganz charakteristische Bewegungen von Seiten des Auges provociren: Lidschlag, Augenzwinkern, Bewegungen des Augapfels nach oben und unten, Irisbewegungen. Alle diese Bewegungen können einseitig bleiben. Bei den Asthmatikern sind diese Reflexe noch viel deutlicher ausgeprägt. Für Verf. haben diese Reflexe insofern eine grosse Bedeutung, weil sie ihm gestatten, die Stelle zu finden, von der aus er eine Inhibitionswirkung ausübt auf das bulbäre Centrum, von dem die Asthmaanfälle ausgehen. Noch etwas mehr nach vorne und noch mehr nach aussen von der obengenannten Reflexzone liegt eine andere Stelle, von der man Niesen und Thränenfluss provociren kann. Eine äusserst zart ausgeführte Cauterisation dieser Stelle kann einen Heufieberanfall nicht nur coupiren, sondern in vielen Fällen sogar dauernd beseitigen. Verf. hat diese experimentellen Untersuchungen an über 100 Asthmakranken nachgeprüft und fast jedesmal ein zufriedenstellendes Resultat erzielt. In einigen Fällen heilte auch die oft bei Asthmakranken gleichzeitig vorhandene Enteritis membranacea zugleich mit dem Asthma aus. Verf. führt kurz 75 Krankengeschichten an, von denen einige Aerzte betreffen. Auffallend war, dass in manchen Fällen die Beeinflussung nur eine einseitige war und zwar immer nur der Seite entsprach, die gereizt worden war.

LAUTMANN.

13) **F. Rosenberger. Zur Aetiologie der Amenorrhoe.** *Klin. therap. Wochenschrift. No. 44. 1911.*

Verf. wirft die Frage auf, worauf es wohl zurückzuführen sei, dass bei manchen, nach unserem heutigen Wissen, ganz normalen, gesunden und wohlgestalteten Frauen die monatliche Blutung fehlt, und kommt zu dem Schluss, dass diese Anomalie möglicherweise mit Erkrankungen der Hypophyse zusammenhängen könnte. Auf diesen Gedanken wurde er geführt durch die Beobachtung, dass gewisse Erscheinungen: Steigerung der Urinmenge, Glykosurie, Neigung zu Fettansatz, Sehstörungen, ebenso bei Hypophysenerkrankungen wie bei Amenorrhoe, Menstruation und Gravidität beobachtet werden. Eine weitere Parallele glaubt der Verf. darin zu sehen, dass in der Schwangerschaft ebenso wie bei Hypophysenerkrankungen sich Hypertrophien der Nasenmuscheln einstellen, die er als akromegalische Erscheinungen aufzufassen geneigt ist.

Ich glaube, den Herren Fachcollegen den phantasievollen Ausblick des Herrn Verfassers, der bei der Würdigung der Muschelhypertrophien während der Schwangerschaft bis in die Urzeit des Menschengeschlechts zurückgreift, nicht vorenthalten zu dürfen; er lautet:

„Es ist ein nicht zu erklärendes Gesetz, das die reifen Lachse aus dem Meere in das Süsswasser treibt, das die Augen der zeugungsfähigen Aale vergrössert, ihre Haut verdickt und sie das Meer, das ihre Wiege war, zur Begattung suchen lässt. Die brünstige Katze legt ihr schmeichlerisches Wesen ab, meidet die Wohnung des Menschen und als wildes Thier, nicht als Hausthier, gebärt sie ihre Jungen. Wenn man mit solchen Erwägungen die Bilder der sprachbegabten und des Feuergebrauches kundigen Primaten betrachtet, die als Toalas und Tokéas auf Celebes, als Weddas auf Ceylon, als sogenannte Australneger auf dem fossilen Erdtheil heute noch in einer sehr üblen Steinzeit hausen, wenn man in unseren Museen die kläglichen Reste der Steinzeitprimaten ansieht, dann kann man zu der Ansicht kommen, dass die Nasenmuschelhypertrophie unserer werdenden Menschenmütter ein kleiner Rückschlag in vorzeitliche Verhältnisse ist. Während der Embryo in rascher Folge die Entwicklungsstufen seiner Ahnen durchläuft, wird die Gemüthsart seiner Mutter scheu, ängstlich erregt oder melancholisch, die Haut bräunt sich und entweder eine Vergrösserung des ganzen Gesichtsschädels oder die verborgene Hypertrophie der Conchae nasales erinnert von fern an die schnauzenartige Bildung des Gesichtsschädels der noch vegetirenden Urbewohner entlegener Zonen und der Steinzeitprimaten unserer Heimath, unserer Vorfahren.“ (! ! Red.)

A. KUTTNER.

14) **W. C. Hollopeter. Die Diagnose des Heufiebers bei Kindern. (The diagnosis of hay fever in children.)** *Pediatrics. Mai 1911.*

Verf. ist nach seinen Erfahrungen überzeugt, dass Heufieber bei kleinen Kindern gewöhnlich nicht erkannt, sondern falsch gedeutet wird, als Katarrh, Schnupfen u. s. w. Heufieber tritt bei Kindern milder auf und ist auch nicht so an die Zeit gebunden wie bei Erwachsenen.

EMIL MAYER.

15) **Imhofer** (Prag). **Ueber Heufieber.** *Prager med. Wochenschr. No. 27. 1911.*

Uebersichtsreferat der neueren Litteratur.

HANSZEL.

16) **H. A. Beaudoux. Einige Rathschläge und persönliche Erfahrungen das Heufieber betreffend. (Some suggestions and personal experience in dealing with hay fever and asthma.)** *St. Paul Medical Journal. Juli 1911.*

Verf. räth, in jedem Falle sorgfältig auf das Bestehen einer Nebenhöhlenerkrankung zu fanden, ferner die Schleimhaut durch Anwendung von Medicamenten abzuhärten und die Nervenzuleitung zu den empfindlichen Zonen zu zerstören.

EMIL MAYER.

17) **A. Schittenhelm** und **W. Weichardt** (Erlangen). **Ueber celluläre Anaphylaxie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1911.*

Durch die neueren Untersuchungen wird die Auffassung, dass das Heufieber ein Ueberempfindlichkeitsprocess sei, bestätigt. Die Heufiebersera müssen dementsprechend bewerthet werden. Von einer antitoxischen Therapie wie bei der Diphtherie kann keine Rede seni.

ZARNIKO.

18) **Th. Albrecht** (Halle a. S.). **Zur operativen Heufieberbehandlung durch doppelseitige Resection des N. ethmoidalis anterior.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. 1911.*

Verf. führt gegen die von Jonge-Manchester zuerst, danach auch von Blos (Deutsche med. Wochenschr. 1909. 34) empfohlene Operation Folgendes an: 1. Bei der Operation wird lediglich der N. ethmoidalis, ein Ast des N. nasociliaris, ausgeschaltet. Es bleiben also die Fälle, bei denen die Angriffsstellen des Reizes im Gebiet anderer Zweige des N. nasociliaris oder im Gebiete des 2. Trigeminusastes liegen, unbeeinflusst. 2. Unbeeinflusst bleiben ferner die durch directe Berührung der Pollen mit der Tracheal- oder Bronchialschleimhaut hervorgerufenen Fälle. 3. Abgesehen von kosmetischen Schädigungen sind mehrmals langdauernde störende Beeinträchtigungen des Trochlearis (Doppelbilder) nach der Operation beobachtet worden.

ZARNIKO.

19) **Stenger** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Indicationen der endonasalen operativen Eröffnung und Ausräumung des Siebbeins.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1911.*

Verf. bespricht in der Form eines academischen Vortrags die Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung der Siebbeinerkrankungen ohne Neues von Bedeutung zu bringen. Auch die Anschauung, dass die Siebbeinerkrankungen im Mittelpunkt der Pathologie der combinirten Nebenhöhlenempyeme ständen, ist bereits von Winckler ausgesprochen worden. Sie scheint dem Ref., wie er an anderer Stelle dargelegt hat, der Einschränkung zu bedürfen.

ZARNIKO.

20) **Trautmann** (München). **Alopecie im Anschluss an operative Nervenverletzung.** *Dermatol. Centralbl. XV. 1. 1911.*

Sehr interessante Mittheilung von zwei Fällen, in welchen Alopecie im Anschluss an operative Eingriffe im Trigeminusgebiet entstanden ist. Im ersten Falle (43jährige Frau) wurde in mehreren Sitzungen das vereiterte Siebbeinlabyrinth

ausgeräumt und nach Wegnahme der vorderen Keilbeinhöhlenwand auch die mit Granulationen erfüllte Keilbeinhöhle frei gemacht. Einige Wochen nach dem letzten Eingriffe scheibenförmiger Haarausfall symmetrisch am Hinterkopf. Nach $^{1}/_{4}$ Jahre waren die Haare wieder nachgewachsen. Noch merkwürdiger ist der zweite Fall (28jähriger Mann), bei welchem nach Aufmeisselung der linken Stirnhöhle und Resection des linken N. supraorbitales schon in der Nacht nach der Operation auf der linken Kopfhälfte im grossen Umfange die Haare vollkommen ausgefallen waren. Nach 3 Monaten waren die Haare wieder nachgewachsen.

SEIFERT.

21) **G. P. Marquis. Nichteitrige Ethmoiditis. (Non-suppurative ethmoiditis.)** *The Laryngoscope. Januar 1911. Illinois Medical Journal. März 1911.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Es giebt eine Form der Ethmoiditis ohne Eiterung. 2. Es brauchen von dieser bei der Untersuchung keine Anzeichen zu bestehen ausser einer Verdickung der Schleimhaut an der Aussenwand der mittleren Muschel. 3. Besteht diese Erscheinung und gleichzeitig subjective Symptome, so ist eine Indication für Eröffnung des Siebbeins gegeben. 4. Die mittlere Muschel soll nur amputirt werden, wenn sie erkrankt ist, sonst soll sie infractirt werden.

EMIL MAYER.

22) **S. G. Dabney. Siebbeinempyem. (Ethmoiditis.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. April 1911.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s sind die vorderen Siebbeinzellen häufiger erkrankt als alle anderen Nebenhöhlen; die Siebbeinerkrankung ist in der Regel doppelseitig, während im Allgemeinen bei den übrigen Sinus die Erkrankung häufiger einseitig ist. Verf. unterscheidet eine hyperplastische und eitrige Ethmoiditis; erstere ist eine polypoide Entzündung der die Zellen auskleidenden Schleimhaut, letztere eine eitrige Entzündung der Zellen mit Atrophie der unteren Muschel, geringen oder fehlenden Kopfschmerzen ausser bei Behinderung des Secretabflusses und selten vorkommenden Augensymptomen infolge von Infection.

EMIL MAYER.

23) **F. C. Todd. Nasenkatarrh, Neuralgie, Kopfschmerzen und andere von undiagnosticirter Ethmoiditis entstehende Symptome. (Nasal catarrh, neuralgia, headache and other symptoms arising from unsuspected ethmoiditis.)** *Journal Minnesota State Medical Ass. Oct. 1911.*

Anscheinend für den allgemeinen Praktiker bestimmter, nichts wesentlich Neues enthaltender Artikel.

EMIL MAYER.

24) **Ary dos Santos. Extraction eines Fremdkörpers (Revolverkugel) aus der Lamina cribrosa. (Extraction d'un projectile enclavé dans la lame criblée de l'éthmoide.)** *Revue hebdom de laryng. No. 24. 1911.*

Rhinologisch ist diese Mittheilung wenig interessant, da die Diagnose nicht auf rhinoskopischem Wege gemacht worden ist, sondern mittels Röntgenuntersuchung und die Extraction durch äusseren Einschnitt erfolgt ist.

LAUTMANN.

25) **Vittorio Bertini. Beobachtungen über die radiographische Anatomie der Keilbeinhöhlen. (Osservazioni di anatomia radiografica sui seni sfenoidali del cranio umano.)** *Turin. Vincenzo Bona. 1911.*

Vorliegende sehr fleissige Arbeit stellt eine im Röntgeninstitut der Kliniken in Modena (Director Prof. Ruggero Balli) angefertigte Doctordissertation dar.

Die Studien sind an 100 Röntgenbildern gemacht, die von den Schädeln 50 männlicher Verbrecher von rechts und links aufgenommen wurden. Verf. theilt die Schädel ein in solche mit normalen und solche mit anormalen Processus clinoidei, um die eventuellen Beziehungen zwischen Eigenthümlichkeiten der Keilbeinhöhlen und dem Verhalten der Processus clinoidei festzustellen; aus demselben Grunde ist die Form der Sella turcica berücksichtigt. Die der Arbeit beigegebenen Röntgenphotographien sind von ganz aussergewöhnlicher Schönheit.

Aus dem Studium seines radiographischen Materials giebt Verf. folgende Schlüsse:

1. Die Form der Keilbeinhöhlen variirt von Fall zu Fall und ist unregelmässig; die Höhlen variiren auch rechts und links.

2. Die Form der Höhlen ist weder abhängig von dem Alter des Individuums, noch von der Form des Schädels oder der Form der Sella, noch von der Normalität oder Anormalitäten der Proc. clinoidei.

3. Auf den Radiogrammen kommen die Keilbeinhöhlen nicht in ihrer Totalität zum Ausdruck, weil die Jochbögen mehr oder weniger deren Fundus verdecken. Daraus ergiebt sich, dass die Keilbeinhöhlen, unabhängig von ihren Dimensionen in der Höhe, mehr oder weniger hoch erscheinen können je nach dem Niveau, das die Jochbögen einnehmen.

4. Die gefundenen Maasse sind folgende:

Maximale Länge der rechten Höhle 49 mm, minimale 33 mm, mittlere 41 mm.
Maximale Höhe der rechten Höhle: vorn 26 mm, in der Mitte 27 mm, hinten 27 mm.
Minimale Höhe der rechten Höhle: vorn 9 mm, in der Mitte 5 mm, hinten 7 mm.
Maximale Länge der linken Höhle 50 mm, minimale 25 mm, mittlere $33^1/_2$ mm.
Maximale Höhe der linken Höhle: vorn 26 mm, in der Mitte 27 mm, hinten 29 mm.
Minimale Höhe der linken Höhle: vorn 7 mm, in der Mitte 7 mm, hinten 7 mm.

5. Die Keilbeinhöhlen können auf dem Radiogramm vereint oder verschiedentlich gekammert erscheinen (Keilbeinzellen).

6. Wenn die Höhlen zwei oder mehrere Cellulae sphenoidales aufweisen, so ist fast constant ein Septum vorhanden, das im Allgemeinen einfach, bisweilen aber auch doppelt ist, das man als Hauptseptum bezeichnen könnte und das vom Boden der Sella turcica entspringend nach unten verläuft, sei es mit mehr oder minder ausgesprochener vorderer Concavität, sei es vertical, sei es direct nach vorne. Dieses Septum theilt die Höhle in zwei Hauptzellen, die ihrerseits wieder in mehrere secundäre Zellen getheilt sein können.

7. Sehr selten constatirt man ein mit dem Hauptseptum correspondirendes Septum, das, anstatt von der Basis des Türkensattels auszugehen, vom Boden der Höhle entspringt und nach oben geht.

8. Die Höhlen können bisweilen ein Hauptseptum entbehren und trotzdem in Zellen getheilt sein, deren Septen in anteroposteriorer Richtung verlaufen.



9. Das Hauptseptum kann, anstatt vom Boden der Sella turcica auszugehen, dessen Fortsetzung bilden. In diesem Falle vereinigt sich entweder das Septum in seinem Verlaufe mit der Platte des Clivus, bildet mit diesem einen gemeinsamen Körper und dann setzt sich die Lamina quadrilatera auf die mehr oder weniger gebogene Brücke auf, die die Lamina des Sellabodens bildet, während sie sich nach unten biegt oder aber das Hauptseptum vereinigt sich nicht mit dem Clivus, sondern lässt zwischen sich und dem Clivus einen fast stets mit spongiösem Gewebe erfüllten Zwischenraum.

10. Die Keilbeinhöhlen sind nicht immer vorhanden. Wenn sie fehlen, so findet sich an ihrer Stelle spongiöses Gewebe.

FINDER.

26) **Kessel** (Stuttgart). **Ueber Keilbeinhöhleneiterung.** *Württemb. Med. Korresp.-Blatt. 1912.*

Bei einem 19jährigen Dienstmädchen mit völlig behinderter Nasenathmung und heftigen Ohrenschmerzen, Rhinolalia aperta, Foetor ex ore fand Verf. den Nasenrachenraum ausgefüllt mit eingedicktem Nebenhöhlensecret. Chronische rechtsseitige Keilbeineiterung ohne Betheiligung des Siebbeins. Ausräumung der Keilbeinhöhle nach Resection der mittleren Muschel. In einem weiteren Falle war Neuritis optica durch Siebbeinzelleneiterung bedingt.

SEIFERT.

27) **O. Chiari. Extraction einer Revolverkugel auf endonasalem Wege aus der Keilbeinhöhle. (Extraction d'un balle du sinus sphénoidal par voie endonasale.)** *Arch. Internat. de Laryng. Tome XXXI. No. 2. 1911.*

Genaue Beschreibung der Operation, die $1^1/_2$ Stunden gedauert hat. Patient, ein Tuberculöser, schoss sich eine Kugel in den Kopf, die in die Keilbeinhöhle eingedrungen war, wo sie eine Eiterung erzeugte. Ursache zur Operation waren Klagen über Kopf-, Nacken-, Hals-, Schulterschmerzen. Ein Röntgenbild zeigte deutlich die Kugel in der Keilbeinhöhle.

LAUTMANN.

28) **P. J. Mink** (Utrecht). **Ein Fremdkörper in der Keilbeinhöhle. (Een vreemd lichaam in de wiggebeensholte.)** *Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. II. No. 24. 1911.*

Der Fremdkörper war eine Heufaser, welche in einem Falle von atrophischer Rhinitis bei der Ausspülung der Keilbeinhöhle zufälligerweise herausbefördert wurde.

H. BURGER.

29) **Ed. Retterer** und **Aug. Lelièvre. Structur und Histogenese der adenoiden Vegetationen. (Structure et histogenèse des végétations adénoides.)** *Archives de Méd. expériment. et d'Anatomie pathol. Juli 1911.*

Verff. haben in früheren Arbeiten die Histogenese der lymphatischen Organe in der Deckmembran studirt und sind damals zu dem Resultat gekommen, dass sie ihren Ursprung aus dem Epithel nehmen. Sie haben nun untersuchen wollen, ob derselbe histogenetische Process auch für die adenoiden Vegetationen zutrifft.

Verff. kommen zu folgenden Schlussergebnissen: Die Hypertrophie der Rachenmandel beginnt mit einer Hyperplasie der Epithelzellen an der Oberfläche oder den Crypten. Die Hyperplasie bringt eine Vermehrung an Zahl und Ausdehnung der Crypten mit sich.

Auf diese Anfangserscheinung folgt die Umwandlung des Epithels in reticuläres Gewebe; ein Theil der Epithelzellen wird zu dem reticulären Gerüst, die anderen, die in den Maschen des Netzes enthalten sind, verlieren durch Einschmelzung oder Verflüssigung einen Theil ihres Zellkörpers und werden zu Leukocyten und besonders Lymphocyten.

Die Proliferation des Epithels hat eine Dilatation der Crypten und damit eine Ectasie derselben zur Folge. Die die Crypten auskleidenden Zellen erleiden in ihrer oberflächlichen Schicht eine schleimige oder hornige Umwandlung und Degeneration; es kommt zu einer Ansammlung von verhornten oder schleimigen Massen. Es bilden sich so die „tiefen Cysten", die als „Proliferationscysten" beginnen und als „Retentionscysten" endigen.

Was die intraepithelialen Cysten anbelangt, so beruhen sie auf einer inmitten der Epitheldecke sich vollziehenden Degeneration ganzer Epithelbezirke.

FINDER.

30) **F. Berger** (Budapest). **Die abnorme Lage des Kiefers und der Zähne, ihr Verhältnis zu den adenoiden Vegetationen und ihre Therapie.** *Gyogyaszat No. 9. 1911.*

Ohne Kenntnisse des rhinologischen Theiles verfasster Artikel, welcher nicht einmal Litteraturangaben über dieses von Zahnärzten schon vielfach bearbeitete Thema aufzählt und in der Orthodentie ein Panacee gegen Mundathmung zu besitzen glaubt.

POLYAK.

31) **Chr. Van Meenen. Körperliche Erziehung und adenoide Wucherungen. (Education physique et végétations adénoides.)** *La Belgique Méd. No. 42. 1911.*

Mittheilung von 21 Fällen, welche dem Autor behufs Vornahme der Adenotomie zugesandt wurden und welche er ohne diese vermittelst einer gymnastischen, den Körper stärkenden Behandlung hergestellt hat.

Er kommt dabei zu dem Schlusse, dass nur mit ganz seltenen Ausnahmen, sei es in Folge allgemeiner Körperschwäche, sei es in Folge von Krankheit oder hereditär, oder in Folge eines verspäteten Wachsthumsschubs, das Kind nicht die nothwendige Kraft zur regelmässigen Nasenathmung besitze und in Folge dessen durch den Mund athme, in Gemeinschaft mit den allgemeinen Störungen einer mangelhaften Ernährung und ungenügender Oxygenation des Organismus, Störungen im Nasenrachenraum durch wiederholte Reize und Hypertrophien präexistirender Drüsen. Um diesen allgemeinen und localen Störungen vorzubeugen, müsse ihm die Nasenathmung beigebracht werden. Hat die Mundathmung eine gewisse Zeit bestanden, dann benöthige es einer langen täglichen Uebung, um den Muskeln die für die Nasenathmung nöthige Kraft wieder beizubringen. Häufig hat der Arzt nicht die Zeit und die Eltern nicht die Mittel, dies bis zum Schluss durchzuführen, da müsse dann die Schule einsetzen und zwar nach den Indicationen des Arztes; letzterem sei es vorbehalten, zu entscheiden, ob wirklich Vegetationen vorhanden sind und diese den Grund der Behinderung der normalen Athmung bilden.

BAYER.

32) **Nikitine. Die adenoiden Wucherungen; Indicationen und Methoden ihrer Entfernung. (Les adénoides, indications et méthodes d'exstirpation.)** *Archives Internat. de Laryng. Tome XXXI. No. 2. 1911.*

Vortrag, auf dem 2. internationalen oto-laryngologischen Congress in Moskau, December 1910 verlesen. Von allgemein Bekanntem abgesehen sei bemerkt, dass Nikitin die Adenoiden zuerst und 7—10 Tage später erst die Gaumenmandeln abträgt. Er scheint selten allgemeine Anästhesie zu verwenden. Für diese benutzt er Bromäthyl. Er operirt mit dem Beckmann'schen Messer und führt dann die Stein'sche Zange ein, um die stehen gebliebenen Reste abzutragen. Recidive hat er bei 1930 Operationen in 2 pCt. der Fälle constatirt. Unter den Gegenanzeigen erwähnt Nikitin die Tuberculose, weil sich in einem von ihm beobachteten Falle im Anschlusse an die Adenotomie eine Miliartuberculose entwickelt hat, die zwei Monate später zum Tode geführt hat. LAUTMANN.

33) **K. Morikawa. Statistische Studien über die Complicationen und Folgekrankheiten bei den adenoiden Vegetationen.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 16. No. 4. 1910.*

Verf. fand mehr oder weniger hypertrophirte Rachenmandeln bei 605 (12,1 pCt.) Personen unter 5000 Ohren-, Nasen- und Halskranken aus der mittleren Partie der Hauptinsel Japans (Provinz Ise). Verf. giebt die Untersuchungsresultate bei 605 Patienten mit adenoiden Vegetationen in übersichtlichen Tabellen, aus denen man Folgendes hervorheben kann: Mittelohrerkrankungen: 517 (85,5 pCt.), darunter Mittelohrkatarrh: 359; Mittelohreiterung: 88; Rhinitis chron. hypertroph.: 203 (33,6 pCt.); Nebenhöhleneiterung: 30 (5,0 pCt.); Gaumenmandelhypertrophie: 100 (16,6 pCt.); Rachen- und Kehlkopfentzündungen: 46 (7,6 pCt.). Ausserdem berichtet Verf. über die günstigen Resultate nach Adenotomie bei Taubstummen, Asthma, Enuresis nocturna u. dgl. INO KUBO.

34) **Nedler-Serbowa. Torticollis als Complication nach der Adenotomie.** *Westnik uschnich, gorlowich i nosowich bolesnej. Januar 1911.*

Zwei Fälle von 4 bis 5 Tage dauernder Torticollis nach der Adenotomie, deren Entstehung Verf. durch den Druck der geschwollenen Lymphdrüsen auf den N. accessorius erklärt. IWANOFF.

35) **Johann Fein** (Wien). **Die Abtragung von unvollständig abgetrennten Stücken der Rachenmandel.** Mit 3 Abbild. *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1912.*

Mittheilung der auf dem III. internationalen laryngo-rhinologischen Congress demonstrirten gekrümmten Klauen-Scheere zur Abtraguug flottirender Rachenmandelreste nebst Beschreibung der Technik. HECHT.

36) **S. G. Dabney. Das Adenotom nach La Force. (The La Force Adenotome.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. April 1911.*

Als Vortheil des Instruments wird vor Allem gerühmt, dass ein Hinunterfallen der Geschwulst in den Larynx verhütet wird. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

37) **F. H. Quix. Die Störungen des Geschmacksinns.** *S.-A. aus Handbuch der Neurologie. Herausgegeben von Lewandowsky. Band I. Springer, Berlin 1912.*

Nach anatomischen Vorbemerkungen wendet sich Verf. zur Methodik der Geschmacksprüfung, wobei der Reiz genau localisirt und abstufbar sein muss. Die Methode soll klinisch verwerthbar und zuverlässig sein. Die Störungen zerfallen in Ausfallserscheinungen (Ageusie, Hypogeusie), Reizerscheinungen (Hyper- und Parageusie, Illusionen, Hallucinationen). Als Litteraturquelle für die chordalen Geschmacksstörungen ist Kandos citirt, der aber nicht alle Litteratur angiebt. Wichtig ist eine kurze Zusammenstellung der Geschmacksstörungen bei Nervenkrankheiten.

NADOLECZNY.

38) **Albert Müller** (Wien). **Geschmacksparästhesie auf arteriosklerotischer Grundlage.** *Centralbl. für innere Med. No. 28. 1911.*

Klagen über seit 3 Wochen bestehenden süssen Geschmack im Munde, der den 52jährigen Patienten, bei dem ausser deutlicher Arteriosclerose keinerlei Erkrankung nachgewiesen werden konnte, sehr quälte, wurden sofort am ersten Tage nach Einsetzen der Medication von 3 mal 0,5 g täglich Diuretin und Tinct. Myrrhae et Ratanhiae local geheilt. Dass das Diuretin die wirkliche Ursache der Beseitigung der Symptome war, schliesst Pat. aus dem Wiedererscheinen der Symptome bei Aussetzen des Medicaments.

WILH. SOBERNHEIM.

39) **Läwen** (Leipzig). **Freie Knochenplastik in die Unterlippe bei congenitalem Facialisdefect.** *Arch. f. klin. Chir. 96. Bd. 4. H. 1911.*

Bei einem Brüderpaar mit doppelseitigem angeborenem Facialisdefect wurde das Ectropium der Unterlippe mit dem beständigen Abträufeln von Speichel aus der Mundhöhle durch Implantation einer Knochenplatte in die Unterlippe gebessert.

SEIFERT.

40) **J. F. Schamberg. Eine Epidemie von Lippenschanker durch Küsse. (An epidemic of chancres of the lip from kissing.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 2. Sept. 1911.*

Bericht über acht Fälle von Lippenschanker, entstanden durch Küsse eines Mannes, der an der Lippe eine Affection hatte, deren Natur er nicht kannte.

EMIL MAYER.

41) **A. Bauer** (Ernst Ludwig-Heilstätte im Odenwald). **Herpes nasopalatini (Scarpae) sinistri.**

Titel besagt den Inhalt.

ZARNIKO.

42) **E. Schäffer. Bericht über einen Fall von völliger Durchschneidung des Schlundkopfes.** *Dissert. Heidelberg 1910.*

Suicidversuch mit Rasirmesser bei 53 Jahre alter geisteskranker Frau. Der Pharynx war sammt Constrictoren und Schleimhaut völlig durchschnitten und



sogar die Hinterwand des Schlundkopfes durchtrennt. Trotz der grossen Ausdehnung der Wunde blieben die grossen Gefässe unverletzt. Tracheotomie und dann Naht. Später nur Schlucken flüssiger Nahrung möglich infolge mangelhafter Action der Constrictoren.

OPPIKOFER.

43) **Schumacher** (Zürich). **Bericht über 136 Pharynxcarcinomfälle.** *Beiträge zur klin. Chir. Bd. 74. H. 1. 1912.*

Die sehr eingehende und interessante Arbeit stellt eine Fortsetzung der Krönlein'scnen Veröffentlichung auf dem 8. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1897 „Ueber Pharynxcarcinom und Pharynxexstirpation" dar, sie giebt einen abschliessenden Bericht der damals beschriebenen 61 und seither neu hinzugekommenen 75 Fälle. Bei allen mikroskopisch untersuchten Tumoren handelt es sich um Plattenzellencarcinome, das männliche Geschlecht prävalirt mit 94,6 pCt.

Folgende 3 Hauptgruppen werden aufgestellt:

1. Nasopharyngeale Carcinome 2.
2. Oropharyngeale Carcinome 53.
3. Laryngopharyngeale Carcinome 81.

Die erste Gruppe bezieht sich auf bereits von Krönlein veröffentlichte Fälle, von denen der eine inoperabel war, der andere 5 Monate nach vorgenommener Operation an Recidiv zu Grunde ging. Von den 53 Fällen oropharyngealer Carcinome waren 22 inoperabel; bei diesen beträgt die mittlere Krankheitsdauer vom Auftreten der ersten subjectiven Erscheinungen bis zum Tode 10 Monate. Von den 31 radical Operirten starben 7 im Anschluss an die Operation, 2 erlagen später intercurrenten Krankheiten, 19 dem Recidiv, davon 18 innerhalb des ersten Jahres nach der Operation, 1 Fall lebt Ende December 1910 noch mit Recidiv, 2 Fälle zeigten definitive Heilung. Die Krankheit dauerte bei den trotz Operation Recidivirten 17,3 Monate, was eine Lebensverlängerung gegenüber den Nichtoperirten um 7,3 Monate bedeutet.

Die angewandten Operationsmethoden waren folgende:

1. Transversale Wangenspaltung.
2. Resection und Exarticulation des aufsteigenden Unterkieferastes.
3. Seitliche Durchsägung des Unterkiefers nach v. Langenbeck.
4. Seitliche Durchsägung des Unterkiefers nach Krönlein's Modification.

Bei 60 der 81 Patienten mit laryngo-pharyngealem Carcinom war die radicale Operation nicht mehr möglich, bei 3 Fällen wurde sie verweigert. Bei allen diesen betrug die mittlere Krankheitsdauer 7,4 Monate.

Von den 18 radical Operirten starben 10 im Anschluss an die Operation.

Von den 8 aus der Anstalt entlassenen Patienten starben 5 am Recidiv innerhalb eines Jahres, 1 zwei Jahre und 2 Monate später an Apoplexia cerebri, 2 sind im December 1910 völlig gesund und recidivfrei. Die Krankheit dauerte bei den trotz Operation Recidivirten 10,4 Monate, was eine Lebensverlängerung gegenüber den Nichtoperirten um 3 Monate bedeutet.

Die Operationsmethoden waren folgende:

1. Pharyngotomia subhyoidea media (Langenbeck).
2. Pharyngotomia subhyoidea lateralis (Krönlein).
3. Pharyngotomia suprahyoidea lateralis (Krönlein).

WILH. SOBERNHEIM.

44) A. L. Kelsey. **Osteofibrom in der Fossa tonsillaris, wahrscheinlich vom Processus styloideus. (Osteofibroma occupying the tonsillar fossa, probably of styloid process.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryng. Juni 1911.*

Mittheilung des Falles.

EMIL MAYER.

45) A. Doktor (Pécs, Ungarn). **Tödtliche Sepsis durch die Mandel während der Schwangerschaft.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 34. 1911.*

Die Tonsillitis begann 8 Tage vor der Geburt, die Frau starb 24 Stunden nach der Geburt. Bei der Section wurde eine acute Endocarditis und Nephritis nachgewiesen.

POLYAK.

46) G. Bilancioni. **Benigne Mycose der Tonsillen nach Fränkel. (Micosi tonsillare benigna di Fränkel.)** *Atti clin. oto-rino-laryngoiatrica della R. Università di Roma. Ann. VII. 1910.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussergebnissen:

1. Die gewöhnliche Leptothrix, ein Bewohner der Mundhöhle, kann unter bestimmten Umständen Ursache einer Tonsillarmykose sui generis werden, die im Allgemeinen chronisch und hartnäckig ist.

2. Der pathologisch-anatomische Process besteht in einer Pilzinvasion und einer Umwandlung der Tonsillarcrypten, nämlich in einer Verhornung des diese auskleidenden Epithels und in einer Production von über die Oberfläche ragenden Massen.

3. Die Leptothrix buccalis bietet ein hervorragendes Beispiel von Symbiose wegen des innigen Connexes zwischen dem pflanzlichen Parasiten und dem thierischen Gewebe, mit dem er in Beziehung tritt.

4. Die Culturen des Pilzes zeigen seinen hervorragenden Polymorphismus.

CALAMIDA.

47) Eugen Hopmann (Köln). **Die vollständige Ausschälung der Gaumenmandeln.** Mit 2 Abbild. *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1912.*

Verf. empfiehlt die Vornahme der Tonsillectomie nach der von seinem Vater schon seit Jahrzehnten geübten Weise: Operation meist in Narkose, die jedoch nicht so tief sein darf, dass der Hustenreflex unterdrückt ist. Einsetzung eines Withead'schen Mundsperrers, ausgiebige Fassung der Tonsille am oberen und unteren Pol mittels abgebogener Hakenfasszange und Ausschälung der möglichst vorgezogenen Mandel mittels der von H. senior modificirten, mit Flächenkrümmung versehenen und auch aussen geschliffenen Scherenberg'schen Scheere. Da diese Scheere auch gleichzeitig als Zungenspatel benutzt wird, so ist damit das ganze Instrumentarium erschöpft. Nach eingehender Besprechung der Technik fasst Verf. seine Ausführungen folgendermaassen zusammen: „Die Gaumenmandeln, deren Wegnahme aus irgend einem Grunde angezeigt ist, sind einfach und sicher

Fall von „mässig hochgradiger“ Diphtherie bei einem 7jährigen kräftigen Knaben, der auf eine subcutane Einspritzung von Diphtherieserum No. 3 nach 25 Minuten unter den Erscheinungen von Anaphylaxie (Hautjucken, Erbrechen, Krämpfe, Pulslosigkeit, Bewusstlosigkeit und Aussetzen der Athmung) starb. Der Knabe hat etwa ein Jahr vorher prophylaktisch eine Einspritzung von 150 I.-E. Höchster Diphtherieheilserum bekommen. Die Untersuchung des Serumrestes durch die Höchster Farbwerke blieb negativ, von der betreffenden Controlnummer waren etwa 3000 Gläschen abgefüllt worden, ohne dass irgend ein Unglücksfall sonst gemeldet worden wäre. Section wurde nicht gestattet. Per exclusionem glaubt Verf. diesen Todesfall als Folge von Serumüberempfindlichkeit ansprechen zu müssen. Unter Hinweis auf die Worte Lenzmann's: „Wenn ein Patient einmal Pferdeserum bekommen hat, dann dürfen wir ihm selbstverständlich Serum einer anderen Thierart ruhig einspritzen, denn er ist ja nur überempfindlich gegen Pferdeeiweiss“, hält Verf. trotz vielleicht einiger Schwierigkeiten für diese Verwirklichung seines Vorschlages „es für unbedingt nöthig, für Fälle, wo Menschen früher bereits Pferdeserum einverleibt bekommen haben und wo wir gezwungen sind, ihnen zu Heilzwecken erneut Serum einzuspritzen, Serum einer anderen Thierart zur Verfügung zu haben“. Dann sind wir in der Lage, die Anwendung des Diphtherieheilserums und anderer Sera auch in Wiederholungsfällen schwerer Bedenken zu entkleiden, und vermeiden andererseits eine Discreditirung dieses so segensreichen Heilmittels.

HECHT.

52) **J. Dreyfuss** (Kaiserslautern). **Serumtod in Folge von Anaphylaxie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1912.*

Als Nachtrag zu seiner Arbeit in No. 4/1912 obiger Wochenschrift berichtet Verf., dass „nach Mittheilung der Höchster Farbwerke die Schwierigkeit, für solche Patienten, die bereits mit Pferdeserum vorbehandelt sind, für spätere Einspritzungen Serum von einer anderen Thierart vorräthig zu haben, nicht nur darin liegt, dass andere Thiere zu geringe Mengen Serum liefern, sondern vielmehr in der Thatsache, dass von andern Thieren die Gewinnung eines hochwerthigen, antitoxischen Diphtherieserums bisher nicht gelungen ist. Dagegen ist es bereits gelungen, von Rindern ein Diphtherieheilserum zu gewinnen, welches. da es 150 Einheiten im Cubikcentimeter enthält, wenigstens für prophylaktische Zwecke genügt. Es können also in Zukunft prophylaktische Einspritzungen mit diesem Rinderserum gemacht werden, so dass die betreffenden Patienten bei einer später nothwendig werdenden therapeutischen Einspritzung nnbedenklich mit dem gewöhnlichen Diphtherieheilserum behandelt werden dürfen. Das genannte prophylaktische Serum wird von den Höchster Farbwerken hergestellt und wird in der allernächsten Zeit allgemein zu erhalten sein.

HECHT.

53) **Max Cohn** (Halberstadt). **Die Behandlung postdiphtherischer Lähmungen durch Heilserum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1912.*

Angeregt durch die Arbeit Koht's versuchte Verf. die postdiphtheritischen Lähmungen durch erneute Injection von Heilserum zu bekämpfen. In den 3 von ihm in extenso berichteten Fällen, bei denen die mannigfachsten Lähmungserschei-

nungen bestanden, die in dem einen Falle jeder anderen Behandlung trotzten, trat nach einmaliger Verabreichuug kleiner Serummengen auffallend rasch Besserung mit rascher Heilung ein. Verf. empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen sich auf kleine Dosen (höchstens 2000 I.-E. des Höchster Serums) zu beschränken; es tritt dann bald ein Stillstand im Fortschreiten der Lähmungen mit allmählicher Restitutio in integrum ein. Erscheinungen von Serumkrankheit beobachtete Verf. in keinem Falle.

HECHT.

54) **J. D. Rolleston. Gangrän des Beins nach Diphtherie. (Gangrene of leg following diphteria.)** *Brit. Journ. of childrens diseases. Dec. 1910.*

13jähriger Knabe bot 17 Tage nach der Erkrankung Herzdilatation mit systolischem Mitralgeräusch, Gaumensegellähmung. Am 28. Krankheitstage bestand Gangrän des linken Fusses und Unterschenkels. Amputation im Kniegelenk. Heilung.

JOHN WRIGHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

55) **E. Schweinhuber. Luftröhre, Bronchien, Lunge und Schilddrüse der Haussäugethiere.** *Dissert. Leipzig 1910.*

Lunge und Luftröhre mit Kehlkopf und Schilddrüse wurden aus dem Thierkörper entfernt und dann der Bronchialbaum theils frisch präparirt, theils mit Gyps ausgegossen. Bei der Luftröhre wurde auf die Länge, die Zahl der Ringe, auf deren Umfang und Querdurchmesser, anf die Form, Dicke und Breite der Ringe und auf deren dorsalen Verschluss, auf Verwachsungen und Verschwellungen von Ringen geachtet. Die Länge der Luftröhre ist gleich wie beim Menschen auch bei den einzelnen Haussäugethieren grossen individuellen Schwankungen unterworfen; so schwankte die Länge der Luftröhre beispielsweise beim Pferd zwischen 73 bis 86 cm. Ebenso variirt auch die Zahl der Luftröhrenringe bei den einzelnen Thierarten bedeutend. Bei allen Haussäugethieren sind die Ringe dorsal offen; nach der dorsalen Seite hin werden sie breiter, so dass sie sich hier berühren oder sich gegenseitig dachziegelartig bedecken, während ventral ein deutlicher Zwischenraum zwischen je 2 Ringen bleibt. Der Umfang der Trachea ist gewöhnlich nicht in ganzer Ausdehnung der gleiche, sondern zeigt, auf verschiedener Höhe gemessen, Schwankungen.

OPPIKOFER.

56) **Kurt Schmuckert** (Frankfurt a. M.). **Zur Untersuchung von Kehlkopf und Rachen bei kleinen Kindern.** Mit 1 Abbild. *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1912.*

Beschreibung und Abbildung eines von Reiniger, Gebbert & Schall auf Veranlassung des Verf. angefertigten „Kinderpharyngoskops“, das — nach Muster des bereits vorhandenen Pharyngoskops — durch erhebliche Reducirung sämmtlicher Maasse in zierlicher Form den räumlichen Verhältnissen des kindlichen Pharynx angepasst ist und die entsprechenden Untersuchungen nach jeder Richtung hin erleichtert.

HECHT.

57) Claoué. **Ueber den besten natürlichen, directen Zugang zur hinteren Partie des Kehlkopfes. (La meilleure voie naturelle d'accès direct vers le segment postérieur du larynx, laryngoscopie directe en flexion cervico-dorsale.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 12. 1911.*

Es wird vorgeschlagen bei der directen Untersuchung des Kehlkopfes, wenn es sich darum handelt, bequem und übersichtlich die Hinterwand des Larynx bis zum Ringknorpel nach abwärts übersehen und behandeln zu können, nicht wie es allgemein gelehrt wird, den Hals zu deflectiren, sobald der Autoskopiespatel die Epiglottis überschritten hat, sondern im Gegentheil den Kopf sachte aber progressiv je tiefer man eindringt, desto mehr nach vorne zu biegen und hierbei den Patienten eine Art „Katzenbuckel" (gros dos) mit dem Rücken ausführen zu lassen (flexion cervico-dorsale).

LAUTMANN.

58) E. Ruediger (Marburg). **Ueber Larynx pulsans. (Isolirter Tic der Zungenbeinheber.)** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 4. S. 761. 1912.*

Bei einem 19 Jahre alten Studenten mit tachycardischen Beschwerden besteht seit mehreren Jahren ein rhythmisches Auf- und Niedersteigen des Kehlkopfes, bei leichter Erregung der Psyche intensiver werdend. Ausser schnellem Puls ist der Herzbefund normal. Die Laryngo-Tracheoskopie ergiebt normalen Befund und keine stärkeren pulsatorischen Erschütterungen. Der Puls beträgt 120 in der Minute, während die Auf- und Abbewegungen in der Minute zwischen 40—120 schwanken. Sobald dem Patienten die Zahl der Pulsschläge laut vorgezählt wird, so sind Herz- und Kehlkopfbewegungen sofort synchron, und wenn es gelingt, die Aufmerksamkeit des Patienten abzulenken, so verschwinden die Kehlkopfbewegungen vollständig, ebenso auch im Schlafe. Von Eicken, dem der Fall zur Untersuchung zugeschickt wurde, nimmt an, dass es sich um Muskelzuckungen handelt, die als functionell zu deuten sind, um einen isolirten Tic derjenigen Muskeln, die die Hebung des Zungenbeins besorgen.

Verf. kennt nur eine einzige analoge Beobachtung in der Literatur, mitgetheilt durch Litten.

OPPIKOFER.

59) W. Posthumus Meyjes (Amsterdam). **Ueber Verwundung des Kehlkopfes. (Over verwonding van het strottenhoofd.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 1204. 1911.*

Das 15jährige Mädchen wird von einem Eisensplitter am Halse verwundet; Bewusstlosigkeit. Starkes Hautemphysem am Halse und Stenose des Luftweges, welche unmittelbare Tracheotomie nothwendig macht. Später zeigt sich bei laryngoskopischer Untersuchung eine bedeutende Schwellung der linken Kehlkopfhälfte, welche sich nicht zurückbildet; das linke Stimmband bleibt unbeweglich unweit von der Mittellinie stehen. Dilatation mittelst Schroetter'schen Bougies hat keinen Effect. Pat. wird mit der Trachealröhre in situ entlassen.

H. BURGER.

60) F. J. Ten Kate (Steenwijk). **Hautemphysem nach Verwundung des Kehlkopfes. (Huidemphyseem na verwonding van het strottenhoofd.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. S. 87. 1912.*

Ein Arbeiter fiel von einer beträchtlichen Höhe mit dem Hals in einen Nagel.

Anfänglich war am Halse nur eine kleine Wunde in Ringknorpelhöhe zu sehen. Anderthalb Stunde nachher fing plötzlich der Hals an anzuschwellen. Der Arzt wurde schnell zurückberufen wegen heftiger Athemnoth. Er fand den Patienten am Boden, ähnlich einem aufgeblähten Frosch. Gesicht, Hals, Brust, Bauch, Scrotum, alles war entsetzlich geschwollen und entstellt, die Augen gänzlich verschlossen. Auf eine oberflächliche Incision am Schenkel entleerte sich die Luft mit einem förmlichen Knall. Die Halswunde wurde vergrössert und liess ebenfalls Luft entweichen. So schnell wie möglich wurde die Tracheotomie gemacht, welche wegen der enormen Schwellung schwierig war. Dann konnte der Patient wieder athmen. Ein paar Stunden später hatte die Schwellung bedeutend nachgelassen und war die Erstickungsgefahr beseitigt. Nicht aber die Infectionsgefahr, denn weder der Nagel noch die Tracheotomie waren aseptisch gewesen. Es folgte ein nicht sehr hochgradiges Erysipelas vom dritten bis zum elften Tag. An diesem Tage war der Percussionston überall tympanitisch; am 16. Tag aber war alles normal.

H. BURGER.

61) **Huguet. Tertiäre Kehlkopfsyphilis; Injection von 60 cg Arsenobenzol bei den Kranken. (Syphilis tertiaire du larynx; malade injectée de 60 cg d'arsénobenzol.)** *La Policlinique. No. 16. 1911.*

Ausgedehnte Larynxulcerationen specifischer Natur; Stimmbänder und Taschenbänder nach innen gerückt und ulcerirt, Epiglottis zerstört, Aryknorpel geschwollen und ulcerirt, Trachea kaum sichtbar, ziehendes Athemgeräusch etc. Eine Einspritzung von 0,60g Arsenobenzol brachte innerhalb 3 Wochen vollständige Heilung, nach 4 Tagen Schmerzlosigkeit.

BAYER.

62) **Lavrand. Kehlkopfirrigation durch die Nase. (Pansements laryngiens par les instillations à travers les fosses nasales.)** *Revue hebd. No. 34. 1911.*

Die Kehlkopfirrigution mit Menthol oder anderen Oelen kann man auch ohne den Laryngologen sicher ausführen, wenn man mit irgend einer Spritze das Oel in die Nase des Patienten instillirt und denselben auffordert, jede Schluckbewegung zu unterlassen und ruhig zu athmen. Da der Oesophagus nicht offen ist, muss hierbei das Oel über den Kehlkopf abfliessen (oder auch in den Hypopharynx? Ref.).

LAUTMANN.

63) **Scherf. Ueber Fremdkörper im Kehlkopf.** *Inaug.-Dissert. Rostock 1911.*

Bericht über 3 Fälle: 1. 8jähriger Knabe, der einen Angelhaken mit Schnur verschluckt hatte; der Angelhaken hatte die rechte aryepiglottische Falte durchbohrt, so dass das Ende mit dem Widerhaken im Sinus piriformis zu sehen war. Der Haken wurde mit gebogener Kornzange entfernt. 2. Ein Knabe hatte eine Glaskugel zerbissen und die Glassplitter verschluckt. Stenose, Crico-Tracheotomie. Es wurde kein Fremdkörper gefunden, wahrscheinlich war er spontan entfernt, nachdem er eine Schleimhautschwellung verursacht hatte. 3. 3jähriger Knabe mit laryngealer Dyspnoe. Nach der Spaltung des Lig. crico-thyreoideum fand sich unter den Stimmbändern ein Drahthaken.

FINDER.

64) **A. Ság** (Budapest). **Fremdkörper im Kehlkopfe.** *Gyogyaszat No. 49. 1911.*

Keiner der beschriebenen vier Fälle hatte den Fremdkörper im Kehlkopfe, die Fremdkörper steckten alle im Sinus piriformis.

POLYAK.

65) **G. Hudson Makuen. Entfernung einer offenen Sicherheitsnadel aus der Trachea mittels oberer Bronchoskopie. (Removal of an open safety-pin from the trachea by upper bronchoscopy.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 22. Juli 1911.*

Die Nadel wurde mit einem zuerst von A. Coolidge jr. (Boston) zu diesem Zweck angegebenen Instrument gefasst und geschlossen und herausbefördert.

EMIL MAYER.

66) **A. Muskens** (Bergen op Zoom). **Ist die Indication für die endolaryngeale Behandlung der Fremdkörper in der Luftröhre eine absolute? (Is de indicatie voor de endolaryngeale behandeling van vreemd lichaam in de luchtpijp een volstrekte?)**

67) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Indication für die Bronchoskopie. (De aanwijzing voor de bronchoskopie.)** *Beide: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 10. Dec. 1910.*

Verf. beobachtete folgenden Fall: Siebenjähriges Mädchen aspirirt einen Kirschkern. Das dyspnoische Kind wird ins Krankenhaus geschickt. Es ist cyanotisch und hustet fortwährend; man hört dabei jedesmal einen Gegenstand an die Stimmritze anschlagen. Tracheotomia inferior in starker Trendelenburg'scher Lage. Kein Fremdkörper wird entdeckt. Während der Narkose werden zehn Kirschkerne erbrochen. Nach dem Erwachen athmet das Kind ruhig; Abendtemperatur 37,3. Am nächsten Tage steht, bei Wohlbefinden des Kindes, die linke Brusthälfte still ohne Athemgeräusch. Bei vorsichtiger Sondirung bekommt man den Eindruck, als wenn man einen Fremdkörper verschiebe. Nachher macht die linke Brusthälfte geringe Excursionen und zeigt schwaches Athemgeräusch. Zwei Tage später athmet die linke Seite beinahe so gut wie die rechte. Am nächsten Tage aber wird wahrgenommen, dass der Fremdkörper an die Canüle anschlägt. Nach Entfernung derselben wird der Kern mit grosser Gewalt herausgehustet.

Auf Grundlage von diesem Falle stellt Verf. folgende Indicationen auf: Bronchoskopie ist angezeigt in sämmtlichen Fällen mit Ausnahme von solchen, in welchen kleine, harte, glatte, runde Körper sich entweder frei in der Luftröhre bewegen oder auch festsitzen. Man soll tracheotomiren und abwarten. Nur wenn sich ernste Erscheinungen zeigen, soll als letztes Mittel die Bronchoskopie versucht werden. Allein wenn für solche Körper kein geeignetes Instrument zur Verfügung stehe, sei die einzige Aufgabe der Bronchoskopie den Fremdkörper zu lösen.

Burger weist daraufhin, dass M. offenbar nur an die Bronchoscopia superior gedacht hat, und dass ihm die Häkchen, mittelst welcher so manche Fremdkörper bereits extrahirt worden sind, unbekannt geblieben sind. Er befürwortet für Fälle wie den M.'schen die unmittelbare Bronchoscopia inferior im Anschluss an die Tracheotomie und nennt als Vortheile dieses Verfahrens: Die bereits bestehende Narkose, die leichte Ausführbarkeit der Bronchoskopie wegen Abwesen-

heit von Secret und secundärer Reizbarkeit der Luftwege, Abwesenheit von Lungencomplicationen sowie die noch nicht feste Einklemmung des Fremdkörpers.

H. BURGER.

68) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Zur Bronchoskopie bei kleinen Kindern.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1911.*

Vergl. den Bericht über die 18. Versammlung deutscher Laryngologen in Frankfurt a. M. am 1. Juni 1911.

ZARNIKO.

69) **Uffenorde** (Göttingen). **Zur Bewerthung der Bronchoskopie. Zwei Fremdkörperfälle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 31. S. 1458. 1911.*

Demonstrationen in der Göttinger medicinischen Gesellschaft.

ZARNIKO.

70) **Heller** (Königsberg i. Pr.). **Entfernung eines Wattetampons durch obere Bronchoskopie aus dem rechten Hauptbronchus.** *Deutsche med. Wochenschr. 36. S. 1674. 1911.*

Titel besagt den Inhalt.

ZARNIKO.

71) **v. Eicken** (Giessen). **Auf bronchoskopischem Wege entfernter Fremdkörper.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. S. 1728. 1911.*

Mundstück einer Cigarrenspitze bronchoskopisch im rechten Hauptbronchus aufgefunden und mit der Brünings'schen Hohlkörperzange leicht entfernt.

ZARNIKO.

72) **Sargnon** (Lyon). **Fremdkörper des rechten Bronchus. (Corps étranger de la bronche droite.)** *Lyon Médical. 17. Dec. 1911.*

Es handelte sich um einen 22jährigen lungenkranken Mann, der beim Essen von kleinen Erbsen plötzlich einen Erstickungsanfall bekam. Die Radiographie war negativ. Bei dem bereits cyanotischen und sterbenden Patienten wurde die Tracheotomie gemacht, wonach die Asphyxie nur wenig gemildert wurde. Nach vier Stunden Tracheoskopie unter Cocainanästhesie. Im Moment, wo die Tube an die Bifurcation gelangt, furchtbarer Erguss von schwarzem Blut. Sofortiges Zurückziehen des Rohrs. Die Blutung wiederholt sich jedoch zweimal. Mittels fortwährender Sauerstoffinhalationen durch eine doppelläufige Canüle wurde der Patient noch 12 Stunden am Leben gehalten.

Bei der Autopsie fällt das Missverhältniss auf zwischen den Erstickungserscheinungen und der Grösse des Fremdkörpers. Die linke Lunge ist infolge alter Erkrankung vollkommen retrahirt, die rechte Lunge emphysematös, eine Caverne im Oberlappen, Congestion der Basis. Der rechte Unterlappenbronchus ist durch Erbsen obliterirt.

GONTIER de la ROCHE.

73) **W. Murrell. Ein Fall von Aspiration eines Zahnfragments in den linken Bronchus. (A case of aspiration of a fragment of tooth into the left bronchus.)** *Clinical Journ. 15. Nov. 1911.*

Nach Extraction mehrerer Zahnstümpfe in allgemeiner Narkose trat bei der 22jährigen Patientin Husten mit Fieber und profuser Expectoration auf. Nach

7 Monaten wurde eine Wurzel eines oberen Molarzahnes ausgehustet, aber noch jetzt — nach 9 Jahren — bestehen Symptome von Bronchiectase und Fibrose der Lunge auf der linken Seite.

JOHN WRIGHT.

74) **J. K. Kaiser. Ueber einen Fall von Fremdkörpern in den Bronchien mit Ausgang in Bronchiektasien und relative Heilung.** *Dissert. Leipzig 1910.*

Der 29 Jahre alte Erdarbeiter aspirirte in stark angetrunkenem Zustande ein Knochenstück in die rechte Lunge. Der Fremdkörper führte bereits nach einigen Tagen zu Pneumonie und Pleuritis. 10 Tage nach der Aspiration wurde massenhaft Eiter und in ihm ein Knochenstück ausgehustet; 2 Wochen später wurde bei einem Hustenanfall ein zweites Knochenstück zu Tage gefördert. Das Sputum wurde dann während längerer Zeit übelriechend und die Diagnose lautete auf Bronchitis. $1^1/_2$ Jahre nach der Aspiration war bei dem Patienten, der bei normalem Herzbefunde eine leichte Cyanose des Gesichtes zeigte und bei Treppensteigen und schwerem Heben Athemnoth bekam, eine Bronchitis nachzuweisen.

Die Möglichkeit, dass auch heute noch ein Fremdkörper, ein drittes Knochenstück, im Bronchus liegt, wird nicht erwähnt. Eine bronchoskopische Untersuchung, auf die Verf. vielleicht doch noch energischer hätte dringen sollen, wurde abgelehnt.

OPPIKOFER.

75) **E. C. Sewall. Entfernung von Fremdkörpern aus den Lungen. (Removal of foreign bodies from the lungs.)** *California State Journ. of Med. Sept. 1911.*

Fall 1. Kind mit einer Bohne im rechten Bronchus. Der Allgemeinzustand des Kindes war schlecht. Während des Versuches, durch directe Bronchoskopie den Fremdkörper zu entfernen, musste Tracheotomie gemacht werden. Mittels der unteren Bronchoskopie gelang es zunächst die Bohnenschale, dann die eine Hälfte der Bohne zu entfernen. Bevor die andere Hälfte noch entfernt war, starb das Kind auf dem Operationstisch.

Fall 2. Ein Kind hatte den Metallklöpfel einer Weckerglocke aspirirt, es wurde tracheotomirt, der Fremdkörper jedoch nicht entfernt. Erst 6 Monate nach der Aspiration wurde zur Entfernung des Fremdkörpers geschritten. Es erwies sich, dass dieser fest in dem linken Unterlappenbronchus eingekeilt war. Es gelang die Entfernung mittels eines Hakens.

Fall 3. 17 Monate altes Kind. Entfernung eines 5 Cent-Stückes aus dem Oesophagus.

EMIL MAYER.

76) **Wrede** (Jena). **Seitliche Verschiebung des Kehlkopfes und der Luftröhre nach Kropfoperation.** *Corresp.-Blatt des allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen 12. No. 1911.*

Titel besagt den Inhalt.

SEIFERT.

77) **E. Reye. Ueber acute diffuse nekrotisirende Tracheo-Bronchitis.** *Dissert. Rostock 1909.*

Am pathologisch-anatomischen Institut des Krankenhauses Hamburg-Eppendorf wurden 3 Fälle von nekrotisirender Entzündung in Larynx, Trachea und



Bronchien beobachtet, die Verf. als selbständige Erkrankung auffasst, unabhängig von Scharlach oder Diphtherie. Die Dauer der Erkrankung bis zum Exitus betrug 2—12 Tage. In der nekrotisirenden Schleimhaut fanden sich in 2 Fällen Streptokokken und in einem Falle Staphylokokken.

OPPIKOFER.

78) **Nägeli** (Zürich). **Die Verwendung des Ueberdrucks zur Beseitigung von Trachealstenosen.** *Beiträge zur klin. Chir. Bd. 74. H. 1. 1912.*

An dem grossen Strumenmaterial der Züricher chirurgischen Klinik wurde der Tiegel'sche Vorschlag der Anwendung des Druckdifferenzverfahrens in dem letzten Jahre nachgeprüft und die Erfahrung gemacht, dass der Ueberdruck bei allen mechanischen Behinderungen der Athemwege die Ausführung operativer Eingriffe wesentlich erleichtert und die Gefahr der Erstickung ausschliesst. Letzteres ist besonders der Fall bei Auftreten schwerer Erstickungsanfälle bei schon länger bestehender Compression durch Struma. Experimentelle Versuche des Verf.'s zeigten, dass für die Wirkung des Ueberdrucks die mechanische Erweiterung der Stenose durch das Durchdringen von Luft maassgebend ist, wobei es belanglos ist, ob der Ueberdruck mit atmosphärischer Luft oder mit Sauerstoff hervorgerufen wird.

WILH. SOBERNHEIM.

79) **A. D. Blackader** and **D. J. Evans. Ein Fall von Mediastinalcyste mit Compression der Trachea bei einem 9 Monate alten Kinde. Tödtlicher Ausgang. (A case of mediastinal cyst producing compression of the trachea ending fatally in an infant of 9 months.)** *Arch. of Pediatrics. März 1911.*

Der Fall hatte klinisch grosse Aehnlichkeit mit denen von Compression der Trachea infolge Thymushypertrophie.

EMIL MAYER.

80) **J. C. Schippers** (Amsterdam). **Erfahrungen bei 676 Tracheotomien, während der Jahre 1899—1908 gemacht. (Ervaringen bij 676 tracheotomien verricht gedurende de jaren 1899—1908).** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 26. 1909.*

Die Statistik umfasst die im Wilhelminagasthuis zu Amsterdam gemachten Tracheotomien: 385 bei Knaben, 291 bei Mädchen. Die Mortalität war bei Kindern unterm Jahr bis 66 pCt., abnehmend mit dem zunehmenden Alter bis 12,7 pCt. im Alter zwischen 5 uud 6 Jahren. Zwischen 6 und 10 Jahren war sie 13,8 pCt., oberhalb 10 Jahre 50 pCt. Für das männliche Geschlecht war die Mortalität 27,5 pCt., für das weibliche 31,27 pCt., im Ganzen 29,1 pCt. Die Dauer, während welcher die Canule in der Luftröhre belassen wird, ist immer kürzer geworden, beträgt jetzt gewöhnlich 3mal 24 Stunden.

Für die Diphtheriefälle (566 an der Zahl) betrug die Mortalität 22,5 pCt., bei Knaben 21 pCt., bei Mädchen 24,4 pCt. Bei den 492 Fällen ohne vorangehende Lungencomplication war die Mortalität 18,3 pCt., bei den Lungencomplicationen 50 pCt. Das Decanulement gelang innerhalb 6 Tage in 93 pCt. der Fälle. Todesursache war 2mal Misslingen der Operation, 83mal Complication der Luftwege, 2mal Asphyxie, 1mal allgemeine Paralyse, 13mal Herzlähmung, 13mal allgemeine Diphtherie der Luftwege, 2mal unbekannt (keine Obduction). Ungünstige Prognose ergaben die Fälle von Masern und Diphtherie, ebenfalls die Fälle von Tracheotomie bei acuter Laryngitis.

H. BURGER.

81) **W. J. van Stockum** (Rotterdam). **Resection der Luftröhre. (Resectie van de luchtpijp.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 2292. 1910.*

Als der jetzt 10jährige Knabe 6 Jahr war, machte er eine schwere Diphtherie durch, wurde intubirt und tracheotomirt. Schliesslich konnte die Canüle nicht entfernt werden. Wiederholte Cauterisation von Granulationen; 2 Mal Blosslegung der Narbenpartien und Ausschneidung derselben. Endlich Resection der Luftröhre über eine Länge von 3 cm, inclusive des grössten Theiles des Ringknorpels. Die beiden Enden wurden mittels Bronce-Aluminiumdrähte vereinigt, während eine tiefe Tracheotomie gemacht wurde. Der Luftweg ist frei; schnelle Heilung, auch der Tracheotomiewunde. Auch ist die Stimme, wenn auch ein wenig verschleiert, doch kräftig.

In der Discussion erwähnt Timmer, dass er nach der Tracheotomie nicht, wie es meistens geschieht, zuerst die Innenröhre der Canüle entfernt und die äussere mit einem Kork verschliesst. Er nimmt einfach die ganze Canüle fort und Decanulementsbeschwerden kommen selten vor. H. BURGER.

f. Schilddrüse.

82) **E. H. van Lier** (Amsterdam). **Der Einfluss der Schilddrüse auf die weibliche Genitalfunction. (De invloed van de schildklier op de genitalfunctie van de vrouw.)** *Hector Treub feestbundel. 1912.*

Uebersichtsartikel über die hier waltenden Verhältnisse. — Bei der Menstruation entsteht oft eine Anschwellung der Schilddrüse, besonders bei erethischen, nicht bei phlegmatischen Frauen. Auch in der Schwangerschaft kommt Schilddrüsenschwellung vor. Ziegen und Böcken, denen in der Jugend die Drüse entfernt worden, können sich nicht fortpflanzen. Die Milchsecretion hört nach der Thyreoectomie allmählich auf. Sowohl bei Myxödem wie bei Morbus Basedowi giebt es Menstrualstörungen. Der Einfluss der Schwangerschaft auf den Morbus Basedowii ist ein sehr wechselnder; oft wirkt die erste Entbindung günstig, spätere dagegen ungünstig auf die Krankheit ein. H. BURGER.

83) **Romberg** (Pensa). **Beobachtungen über Glycogen in der Thyreoidea.** *Berner Dissert. Verlag G. Reimer, Berlin 1911.*

Für Interessenten hier diese Titelangabe. JONQUIÈRE.

84) **R. L. Thompson** and **J. L. Swarts. Der Einfluss der Thyroid- und Parathyroiddrüsen auf die Heilung von Fracturen. (The influence of the thyroid and parathyroid glands on the healing of fractures.)** *Journ. Amer. Med Assoc. 26. Aug. 1911.*

Aus den experimentellen Untersuchungen der Verff. ergiebt sich, dass der Mangel an Schilddrüsengewebe keinen Einfluss auf die Heilung von Fracturen des Backenknochens beim Hunde hat; über den Einfluss der Parathyroiddrüsen auf die Heilung der Fracturen war bisher keine Gewissheit zu erlangen. EMIL MAYER.

85) **Bérard** (Lyon). **Parenchymatöser Kropf mit Athemstörungen. (Goitre parenchymateux avec troubles respiratoires.)** *Lyon Médical. 21. Jan. 1912.*

16jähriger Mensch mit grossem parenchymatösen Kropf, der an Suffocationsanfällen, besonders des Nachts, leidet. Jede Enucleation oder subcapsuläre Operation war bei der Consistenz und Grösse des Kropfes ausgeschlossen, ebenso wie eine partielle Thyreodectomie. Verf. beschränkte sich darauf, die oberen Gefässe zu unterbinden und die Capsel an der vorderen Partie zu zerstören, so dass der Kropf direct unter die Haut zu liegen kam. GONTIER de la ROCHE.

86) **Hashimoto** (Kiushiu, Japan). **Zur Kenntniss der lymphomatösen Veränderung der Schilddrüse (Struma lymphomatosa).** *Arch. f. Chir. 97. Bd. 1912.*

Die in 4 Fällen beobachtete Form der Struma charakterisirt sich durch eine Wucherung der lymphatischen Elemente und durch gewisse parenchymatöse sowie interstitielle Veränderungen, besonders durch eine Bindegewebsneubildung. In vorgeschrittenen Fällen fühlt sich die Struma sehr derb an. Resection. — Wahrscheinlich handelt es sich um einen chronisch entzündlichen Process. SEIFERT.

87) **Kreuzfuchs** (Berlin). **Die intrathoracische Struma in klinischer und radiologischer Beleuchtung.** *Würzburger Abhandlungen. 12. Bd. 4. H. 1912.*

Unter Brustkropf versteht man einen Kropf, der mit einem mehr oder minder grossen Antheile in die Brusthöhle hineinreicht. In seiner Besprechung der Symptomatologie des Brustkopfes berücksichtigt aber Kreuzfuchs nur jene Fälle, bei denen der Kropf entweder ganz oder zum Mindesten mit einem grösseren Antheil intrathoracal gelegen ist. Er theilt diese Formen ein in den Tauchkropf, in die Halsstruma mit intrathoracischem Antheile und in die rein intrathoracische Struma (Struma profunda occulta Kocher's). Symptomatologie, Diagnose (Röntgendiagnose), Prognose und Therapie werden in besonderen Capiteln besprochen.

SEIFERT.

88) **Durand. Blutung in einem Kropf. (Hémorrhagie dans un goitre.)** *Lyon Médical. 29. Dec. 1911.*

Der Fall betraf einen 62jährigen Mann. Ausser der Dyspnoe, die durch die schnelle Grössenzunahme des Kropfes in Folge der Blutung bedingt war, traten epileptiforme Krisen auf. Diese Krisen führt der Verf., dessen Patient ein Nephritiker war, auf eine mechanische Irritation der Kehlkopfnerven zurück. In der That hat der Kehlkopf eine sehr erhebliche Verlagerung erlitten. Der vordere Rand der Schildknorpel befindet sich unter dem linken Kieferwinkel. Es besteht Lähmung des rechten Stimmbandes. Pat. wurde operirt und ist von seinen Krisen und der Lähmung völlig geheilt. GONTIER de la ROCHE.

g. Oesophagus.

89) **E. F. M. Griseti. Beitrag zum Studium der idiopathischen Erweiterung der Speiseröhre. (Contribution à l'étude des dilatations dites idiopathiques de l'oesophage.)** *Dissert. Nancy 1910.*

Besprechung der Aetiologie, Pathogenie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der idiopathischen Speiseröhrenerweiterung, ohne Neues zu bringen.

OPPIKOFER.

90) **Guisez** (Paris). **Ueber die Pathogenie und Aetiologie der sogenannten Divertikel und Dilatationen des Oesophagus. (De la pathogénie et de l'étiologie des diverticules et dilatations de l'oesophage dits idiopathiques.)** *Académie de Médecine. 21. Nov. 1911.*

Auf Grund von 100 persönlichen Erfahrungen spricht Verf. seine Ansicht dahin aus, dass die Divertikel und Dilatationen secundäre Bildungen über Verengungen sind. Die Behandlung hat in allmählicher Erweiterung der Stenose, besonders auf elektrolytischem Wege zu bestehen. GONTIER de la ROCHE.

91) **Sargnon** (Lyon). **Dilatation des Oesophagus. (Dilatation de l'oesophage.)** *Lyon Médical. 28. Jan. 1912.*

Fall 1. 54jähriger Mann leidet an plötzlichem Erbrechen während oder nach den Mahlzeiten, nur die flüssige Nahrung geht hinunter. Es findet sich 39 cm vom Zahnbogen eine Verengerung von entzündlichem Aussehen ohne Granulationen oder Ulcerationen. Gastrostomie. Ein Monat darauf neue Oesophagoskopie, mittels deren man eine kleine Tasche oberhalb der Verengerung entdeckt. Progressive Dilatation der letzteren. Heilung.

Fall 2. 32jähriger Mann, bei dem nach Masern allmählich sich die Anzeichen von Stenose herausgebildet haben. Oesophagoskopie und Radioskopie lassen eine enorme Dilatation dicht über dem Zwerchfell erkennen; sie kann 700 ccm Wismuthbrei fassen. Allmähliche Dilatation mit Huchard'schen Bougies und Gottstein'schen Sonden. GONTIER de la ROCHE.

92) **Max Strauss** (Nürnberg). **Primärer latent verlaufender Speiseröhrenkrebs. Metastase am Schädeldache als Unfallfolge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1912.*

Es handelte sich um einen völlig latenten Oesophaguskrebs, der im Anschluss an einen Unfall zu einer Metastase am Schädel geführt hatte. Erst durch diese Metastase, die zunächst als primärer Tumor auftrat und nur durch die mikroskopische Untersuchung als metastatische Geschwulst erkannt werden konnte, wurde die Aufmerksamkeit auf die primäre Geschwulst gelenkt. Für die Gutachterthätigkeit war die histologische Untersuchung von ausschlaggebender Bedeutung. Es war unzweifelhaft, dass die Metastase als Unfallsfolge betrachtet werden musste. Dies wurde auch von der Berufsgenossenschaft ohne Weiteres anerkannt. Andererseits musste der Gutachter in seinem ersten Gutachten bereits darauf hinweisen, dass auf Grund des histologischen Befundes ein weiteres Leiden vorliege, das für den eintretenden Todesfall verantwortlich zu machen sei, und dass zur Feststellung dieses Leidens die Section nöthig sei. Dementsprechend wurde die Section angeordnet und auf Grund des Befundes jeder Rentenanspruch abgewiesen, weil die Todesursache durch das perforirte Oesophaguscarcinom gegeben war und die Unfallsfolge den Eintritt des Todes nicht beschleunigt hatte.

HECHT.

93) **L. Lamy. 134 Fälle von Speiseröhrenkrebs. (Etude de statistique clinique de 134 cas de cancers de l'oesophage et du cardia.)** *Dissert. Paris 1910.*

Die 134 Fälle wurden im Hospital St. Antoine innerhalb 5 Jahren beobachtet.

Bei einem Theil der Fälle konnte die Diagnose durch die Oesophagoskopie und Autopsie bestätigt werden. Die Dauer der Krankheit betrug nur selten mehr als ein Jahr.

OPPIKOFER.

94) **Lefèbvre. Oesophaguskrebs. (Cancer de l'oesophage.)** *La Presse Méd. Belge. No. 2. 1911.*

In der Sitzung der anatomisch-pathologischen Gesellschaft von Brüssel am 15. December 1910 zeigt Verf. ein eine Oesophagusstenose bedingendes Carcinom vor, begleitet von den für diese Affection klassischen Symptomen.

BAYER.

95) **W. Broeckaert** (Antwerpen). **Ein merkwürdiger Fall von Cardiastenose mit Speiseröhrenerweiterung. (Een merkwaardig geval van maagmondstenose met uitzetting van den slokdarm.)** *Vlaamsch Natuur- en Gen. Congres. 1910.*

Ein 19jähriger junger Mann litt seit einem Jahre an heftigem Erbrechen. Schluckbeschwerden, auch Regurgition der Speisen, bestanden bereits drei Jahre länger. Mittelst einer eigenthümlichen Brustbewegung musste er die Speisen in die Tiefe hinein befördern. Die Untersuchung der Bauchorgane zeigte ausser einer mässigen Vergrösserung der Leber keine Anomalien. Die Magensonde ging ohne Beschwerden bis 50 cm tief hinab. Probefrühstück liess die totale Abwesenheit von Säure im Magen erkennen. Diagnose: Achylia gastrica mit dyspeptischer Leberhypertrophie. Unter täglicher Magenentleerung hörte das Erbrechen sofort auf. Auch verschwand die Leberschwellung bald vollständig. Indessen liess sich der Magen in keiner Weise aufblähen; eine Stunde nach dem Probefrühstück konnten mittelst der nur 20 cm eingeführten Sonde Wasser und Speisen entleert werden; nach der Spülung liess sich jedesmal bei der Athmung ein eigenthümliches Geräusch durch die Sonde wahrnehmen; auch verschwand das percutorische Plätschergeräusch über dem Magen durch eine Ausspülung nicht. Die Röntgenuntersuchung erklärte den Zustand. Eingenommener Bismuthbrei verursachte keinen Schatten in der Magengegend, wohl dagegen oberhalb der Cardia, und zwar einen Flecken von 9 cm Breite. Die schwere Sonde überschritt im Röntgenbild die Cardia nicht, sondern krümmte sich schlangenförmig in den erweiterten Oesophagus. Die Diagnose Speiseröhrenerweiterung wurde durch die oesophagoskopische Untersuchung bestätigt. Ein Mal gelang es durch die Cardia, welche sich plötzlich zu öffnen schien, in den Magen zu gelangen. Die Stenose ist wahrscheinlich spasmodischer Natur. Zur oesophagoskopischen Dilatation der Stenose kann sich Verf. nicht entschliessen.

H. BURGER.

96) **J. H. Zaayer** (Leiden). **Experimentelle Oesophagus- und Cardiaresection. (Experimenteele oesophagus- en cardiaresectie.)** *XIII. Ned. Nat. en Gen. Congres. Groningen 1911. Handelingen. S. 314.*

Die tief gelegenen und früh diagnosticirten Speiseröhrenkrebse werden sicher einmal mit Erfolg radical operirt werden können. Verf. hat bei Hunden einige Oesophagus- und Cardiaresectionen mit verhältnissmässig günstigen Erfolgen gemacht. Die Operationen wurden unter Ueberdrucknarkose gemacht. Einmal resecirte er $2^1/_2$ cm aus der Continuität der Speiseröhre. Sieben Mal machte er

transthorakale Cardiaresection mit Verschliessung der Magenwunde und Implantation des Oesophagusendes in den Magen. Immer bediente er sich einer Naht mit zwei Etagen. Bei den ersten Operationen bekam er starke Stenoseerscheinungen. Dann hat er die Speiseröhre in eine Querfalte des Magens implantirt und zwei Mal ein lange anhaltendes Resultat bekommen, während ein Mal Zwerchfellruptur Ursache des Todes war. In keinem Falle war der Tod durch Perforation der Naht verursacht. Drei Thiere blieben längere Zeit am Leben: das eine starb nach $3^1/_2$ Monaten durch starke Ausdehnung des intrathoracalen Antheils des Magens, zwei blieben am Leben und wurden in normalem Zustande nach $1^1/_2$ Jahren getödtet.

H. BURGER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Pfaundler** (München) und **Schlossmann** (Düsseldorf). **Handbuch der Kinderheilkunde.** III. Band. 2. Auflage. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1910.

Unter den Krankheiten des Digestionstractus, die in diesem Bande abgehandelt werden, interessiren hier die von **Moro** (München) besprochenen **Erkrankungen der Mundhöhle** und die von **Finkelstein** (Berlin) bearbeiteten **Erkrankungen der Tonsillen des Pharynx und des Oesophagus.**

Der Mangel der Zähne und die geringe Speichelsecretion, die wulstige Zunge und die kräftigen Masseteren u. a. beim Säugling erleichtern zweckmässig den Saugact. Die Mundpflege wird oft durch zu energische Reinigung übertrieben.

Unter den angeborenen Missbildungen werden die Hasenscharte und der Wolfsrachen besprochen. Das Capitel der Stomatitis zeichnet sich neben einer klaren Darstellung durch eine Reihe theils farbiger, schöner Illustrationen aus.

Die Lingua geographica wird als werthvolles Frühsymptom der exsudativen Diathese angesprochen. In dem Capitel der Dentitio difficilis wird ihr causaler Zusammenhang mit verschiedenen Erkrankungen auf das richtige Maass zurückgeführt.

Bei Rachitis zeigen die Zähne häufig Einkerbungen, Rillen und Erosionen. Die circuläre Caries und der circuläre festhaftende Belag am Zahnhalse von Milchzähnen steht im Zusammenhang mit der Scrophulotuberculose.

Finkelstein macht in den anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen darauf aufmerksam, dass Schwellung der nur von innen fühlbaren Pharyngeal- und Retropharyngealdrüsen auf Erkrankung des Nasenrachens, Schwellung der Submaxillardrüsen auf solche des Gaumens, Cervicaldrüsenschwellung ohne Betheiligung der submaxillaren auf einen Process im Nasopharynx zu beziehen ist.

Die Disposition zu Anginen hält F. selten für eine locale, vielmehr für eine allgemeine. Mehrere schwarz-weisse und farbige, ausgezeichnete Figuren illustriren den Text, der alles Wissenswerthe in Kürze zusammengetragen hat. Was die Adenotomie betrifft, so hat F. vielleicht nicht Unrecht, wenn er von ihr behauptet, dass sie heut zu Tage eher zu oft als zu selten vorgenommen wird.

Von den Erkrankungen der Speiseröhre bespricht er die Oesophagitis corrosiva, die Narbenstrictur und die angeborene Atresie und Stenose.

Die Erkrankungen von Nase, Luftröhre u. s. w. sind von Feer (Heidelberg) abgehandelt, die des Kehlkopfes von Galatti (Wien). Der chronische Nasenkatarrh beruht nach F. zumeist auf Constitutionstörungen, Scrophulose, exsudativer Diathese und Lues. Die Ozaena entwickelt sich erst nach dem 10—12., ausnahmsweise schon vom 3.—4. Jahre an. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen zur Untersuchung und Behandlung der Kehlkopfkrankheiten des Kindesalters bespricht G. die Fremdkörper, Verätzung, Neubildungen, Katarrh und Stenosen. Eine Ueberschrift wie: „Oedema glottidis serosum et phlegmonosum“ sollte man heute nicht mehr erwarten. Rosenberg.

---

b) Emil Villiger. Sprachentwicklung und Sprachstörungen beim Kinde unter besonderer Berücksichtigung hirnanatomischer Grundlagen. Engelmann, Leipzig 1911. 95 Seiten. 5 Figuren. Preis M. 1,50.

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die Sprachentwicklung des Kindes im Wesentlichen im Anschluss an das bekannte Buch von Clara und William Stern. Die Untersuchungen von Kutvirt über das Hörvermögen der Säuglinge sind dabei noch nicht berücksichtigt. Sodann bespricht er die historische Entwicklung der Lehre von den Localisationen im Grosshirn, besonders der Sprachcentren. Hieraus leitet er mit Benutzung des Wernicke-Lichtheim'schen Schemas die verschiedenen Aphasiearten ab; ferner aber auch in grossen Zügen die übrigen Sprachstörungen, z. B. die Dyslogien als Störungen centraler oder intercorticaler Bahnen, ferner die Störungen der Hauptleitungsbahnen als centrale Dysarthrien und „periphere“ Dyslalien. Es folgt eine kurze Darstellung des Stotterns, Polterns, Stammelns, des Agrammatismus und der Hörstummheit nach Liebmann's Eintheilung, ferner der angeborenen Wortblindheit, sowie der Taubstummheit und Schwerhörigkeit. Zur Erklärung der Pathogenese der kindlichen Sprachstörungen recurrirt Verf. auf die normale Sprachentwicklung.

Nadoleczny.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 10. November 1911.

Glücksmann: Oesophagoskopie und Broncboskopie in ihren wechselseitigen Beziehungen.

G. demonstrirte an Lichtbildern die Extraction einer Gebissplatte aus dem oberen Theil der Speiseröhre, einen Fall von Einheilung einer Gebissplatte nach aseptischer Durchwanderung der Speiseröhrenwand, die Extraction einer Bleistifthülse aus dem linken Unterlappenbronchus, ein tiefsitzendes Ulcus carcinomatosum und narbige Wandveränderungen des Oesophagus und bespricht dann kurz als neue klinische Untersuchungsmethode die Bronchoauscultation. Polemik mit Killian bezüglich dessen Literaturangaben in dem Referat des 3. Internationalen Laryngologencongresses.

Killian zeigt eine Balggeschwulst einer künstlich hergestellten Nase.

Sitzung vom 26. Januar 1912.

West (Baltimore) stellt eine Patientin mit Epiphora vor, die er mittels Fensterresection operirt und geheilt hat.

Killian erinnert an die von ihm angegebene Operation und glaubt, dass manche Fälle von Epiphora reflectorischer Natur sind.

Halle hat die West'sche Operation modificirt, indem er nur den lateralen Theil des Thränennasencanals fortnimmt, so dass eine Klappe geschaffen wird, die verhindert, dass beim Schnauben Luft ins Auge getrieben wird.

Musehold hat durch Adrenalisirung der Gegend der Tränennasencanalmündung einige Male die Epiphora geheilt.

Ritter demonstrirt einen neuen Mandelquetscher, der die Tonsille von vorne nach hinten ausdrückt.

Sturmann hält diese Instrumente zu therapeutischen Zwecken für unbrauchbar.

Lennhoff erinnert an seinen Mandelquetscher.

Haike stellt eine Patientin vor, bei der er eine circumscripte Schmerzhaftigkeit des Stirnhöhlenknochens fand und durch Punction Liquor cerebrospinalis entfernte und die starken vorher vorhandenen Schmerzen beseitigte, so dass er eine Meningitis serosa circumscripta annehmen zu sollen glaubte.

Sitzung vom 23. Februar 1912.

Finder zeigt das abgebrochene Ende einer Randsonde, das bei einer Sondirung eines Oesophaguscarcinoms abgebrochen und stecken geblieben war und von ihm ösophagoskopisch entfernt wurde.

Haike demonstrirt das Präparat eines Falles von Meningitis im Anschluss an eine Nebenhöhleneiterung. Die Infection ging vom Siebbein über die Orbita (Phlegmone) durch die Fissura orbitalis zu den Meningen und war auf ein Erysipel zurückzuführen.

Killian glaubt, dass es sich um eine Infection der Vena ophthalmica handelt.

Halle zeigt einen Speichelstein, den er aus dem Ductus Stenonianus entfernt hat.

Killian: Die Röntgenaufnahme ist ein wichtiges Hilfsmittel bei der Diagnose der Speichelsteine.

Halle demonstrirt eine Patientin mit Keilbeinhöhlenempyem, bei der er die Eröffnung der Höhle mit seiner Fräse gemacht hat, die er von neuem lebhaft empfiehlt, und bei der er seinen Silberring zur Offenhaltung des Sinus mit Erfolg angewandt hat. Gegen die mit Nebenhöhlenerkrankungen oft verbundenen Myalgien empfiehlt er Novocaineinspritzungen.



Schötz: Die Fräsen sind nichts Originelles. Gegen die Myalgien ist besser die Cornelius'sche Massage anzuwenden.

Ritter räth zur Vorsicht bei Benutzung der Fräsen.

Killian benutzt lieber die sicherere Stanze und hält den Silberring für überflüssig.

Halle glaubt, dass die Massage oder Elektricität nicht immer gegen die Myalgien hilft. Die Fräse ist der Stanze nach mancher Richtung überlegen.

Rosenberg stellt eine Patientin mit vollkommenem äusseren Nasenverschluss und membranöser Verwachsung des rechten Gaumensegels mit der Zunge vor. Ursache vielleicht Sklerom.

Scheier zeigt eine Reihe von Präparaten mit in die Nasenhöhle verirrten Zähnen. A. Rosenberg.

---

d) Madrider Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft.

(Die Gesellschaft wurde am 11. März 1909 constituirt.)

Sitzung vom 12. März 1909.

Botella (Madrid): Indicationen für Eingriffe bei Fremdkörpern der Luftwege.

Mitteilung eines Falles: 22jähriger Mann, der ein Stück von einer Eichel aspirirt hat. Bronchoskopie; eine Störung in der electrischen Leitung zwingt, die Sitzung zu unterbrechen. Am nächsten Tage wird der Fremdkörper spontan ausgehustet. B. hält die Bronchoskopie in allen Fällen indicirt, sobald die Diagnose auf Fremdkörper gestellt ist.

Sitzung vom 16. April 1909.

Botella: Demonstration.

Es handelte sich um einen Patienten, der an einem Larynxepitheliom litt und gleichzeitig ein hornartiges Gebilde an der Ohrmuschel und einen Auswuchs an der Molarregion aufwies. B. meint ebenso, wie man von einer Carcinomatose spreche, gäbe es vielleicht eine Epitheliomatose, für welche dieser Fall ein Beispiel wäre.

Tapia: Die Epitheliomatose ist bereits bekannt. Der Fall Botella's gehört aber nicht dahin. Er bespricht die klinischen Unterschiede zwischen Verruca, Cornu cutaneum und Epitheliom.

Sitzung vom 21. Juni 1909.

Sanchez Calvo (Madrid) demonstriert einen taubeneigrossen Stein aus dem Ductus Whartonianus.

Sitzung vom 10. November 1909.

Botella: Neue vereinfachte Technik für oesophagoskopische Untersuchungen.

Drei Umstände charakterisiren die neue Technik: 1. Die Stellung. Sie ist halbliegend und gestattet dem Operateur, sich hinter den Kranken zu stellen. Die Lage ist für den Kranken sehr bequem. 2. Ein Metallmandrin, das nicht mehr als 1 cm über das Ende des Rohres hinausragt, damit der Fremdkörper nicht aus dem Anfangstheil des Oesophagus fortgestossen wird. 3. Die Einführung des Rohrs. Sie wird dadurch erleichtert, dass mittels eines metallischen Depressors oder Kirstein'schen Spatels die Zunge nach vorn gedrückt wird.

Tapia: Die sitzende Stellung ist für Eingriffe von kurzer Dauer ausgezeichnet, bei langdauernden ist die Anwendung von Chloroform nothwendig. T. bedient sich der Mikulicz'schen Seitenlage. Speichel und Schleim fliessen bei dieser Lage leicht ab, während sie bei sitzender oder halbliegender Stellung sehr behindern. So lange die Oesophagoskopie existirt, sorgt man dafür, dass das Mandrin nur sehr wenig über das Ende des Rohres hinausragt. Eine gewöhnliche Oesophagussonde ist das beste Mandrin; es wird soweit über das Rohr hinausragen, wie wir wünschen. T. führt das Rohr ein ohne Leitung des Fingers und ohne die Zange herabzudrücken, wodurch nur die Reflexe vermehrt werden würden.

Sitzung vom 21. Februar 1910.

Rueda (Madrid): Cyste des Jacobson'schen Organs.

16jähriger junger Mann, der 10 Monate nach einem Trauma der Nase eine Tumorbildung an der Scheidewand aufwies. Operation: Man fand eine Blutcyste. R. glaubt, dass nur eine praeexistirende Höhle, das Jacobson'sche Organ, der Ursprung der Cyste sein kann. Er bespricht die Differentialdiagnose gegenüber dem Haematom.

Sitzung vom 21. März 1910.

Garcia Ilurre: Narbenstenose des Oesophagus nach Trinken von Salpetersäure.

Es wurde Heilung erzielt in 28 Sitzungen durch Dilatation mittels Nélaton-Sonden unter Führung des Oesophagoskops.

Sitzung vom 6. April 1910.

Ramirez Santalò: Recurrenslähmungen.

Drei Fälle peripheren Ursprungs: In einem war die Lähmung bedingt durch Compression seitens der linken Lungenspitze, im anderen Folge einer Schilddrüsenexstirpation, im dritten entstanden durch eine Verwundung in der rechten Regio carotidea.

Sitzung vom 4. Mai 1910.

Cimenez: Demonstration eines Falles von tiefer Retropharyngealphlegmone.

Arana: Fremdkörper der Highmorshöhle.

Ein Stück Holz, durch ein Trauma in die Höhle gelangt. Symptome von Sinusitis. Entfernung mittels der Caldwell-Luc'schen Operation.

Sitzung vom 28. October 1910.

Garcia Vincente: Phlegmone des Mundbodens.

Auf Grund eines Falles empfiehlt V. die möglichst frühzeitige Incision.

Santaló: Man muss zwischen Phlegmone des Mundbodens und Angina Ludovici unterscheiden. Letztere ist trotz der frühzeitigen Incisionen eine sehr schwere Erkrankung.

Sitzung vom 25. November 1910.

Barajas: Stridor laryngeus congenitus.

19jähriger Kranker. Die Epiglottis war zum grossen Theil mit den ary-epiglottischen Falten verlötet. Man löste die Epiglottis los; jedoch bestand der Stridor noch. Man musste eine flottirende schlaffe Schleimhautfalte, durch die das Geräusch verursacht wurde, exstirpiren. Heilung. B. hält die Entstehung des Stridor congenitus für angeboren.

Sitzung vom 30. December 1910.

Jimenez: Pharynxtumor.

Es handelte sich um ein gestieltes, der hinteren Rachenwand aufsitzendes Fibrom. Exstirpation in Rose'scher Lage. Wenig Blutung. Heilung.

Rueda macht auf die seltene Implantation in diesem Falle aufmerksam.

Sitzung vom 27. Januar 1911.

Botella: Fall von Pharyngo-mycosis leptothricia.

Die histologische und bakteriologische Untersuchung des Falles bestätigen die Richtigkeit der Ansicht Siebenmann's, dass es sich um eine Hyperkeratose handelt. Leptothrix war nicht vorhanden.

Gereda: Salvarsantherapie.

G. berichtet über 7 schnell nach Salvarsaninjectionen geheilten Fälle von syphilitischen Pharynx- und Kieferaffectionen.

Sitzung vom 24. Februar 1911.

Gereda: 15 neue Fälle von intravenösen Salvarsaninjectionen.

Um die Injectionsflüssigkeiten (Salvarsanlösung und physiologische Kochsalzlösung) vor dem Erkalten zu schützen, hat G. einen Apparat construiren lassen, der aus zwei doppelwandigen Glasbehältern — nach Art der Thermosflaschen — besteht. Die äussere Höhle ist leer; es wird dadurch vermieden, dass sich die Temperatur der in der Innenhöhle befindlichen Flüssigkeit nach aussen mitteilt.

Die in den 15 Fällen erzielten Resultate waren ausgezeichnet.

Sitzung vom 27. März 1911.

Bertran: Locale Wirkung des Salvarsans in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Plaques muqueuses und gummöse Ulcerationen in Pharynx, Larynx und Nase bessern sich rapide nach Bestreichen mit 1 proc. saurer Salvarsanlösung. Die Behandlung ist besonders indicirt, wenn die intravenösen Injectionen nicht angängig sind.

Diese Applicationen sollen die locale Behandlung mit Argentum nitricum ersetzen.

Tapia.

---

e) XXXI. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Philadelphia, Mai 1911.

George Mc Clellan (Philadelphia): Topographische Anatomie der oberen Luftwege.

Redner lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf die Deviationen im Verlaufe des Oesophagus und auf die an diesen Stellen gewöhnlich gefundenen Schleimhautfalten. Ferner bespricht er die Innervation der oberen Luftwege. Er spricht dabei die Ansicht aus, dass die Fasern der N. accessorius nach seinem Austritt aus der Schädelhöhle mit dem Vagus zusammen den N. laryngeus recurrens bilden.

E. Fletscher Ingals (Chicago): Rhinitis vasomotoria (mit Ausschluss des Heufiebers).

I. betrachtet als das Charakteristische der Rhinitis vasomotoria eine excessive Schwellung der Muscheln, die sehr blass sind, eine sehr massenhafte dünne, wässerige Secretion, intensives Kitzeln in der Nase, sehr chronischen Verlauf. Der Anfall wird ausgelöst durch Hitze oder Kälte, verschiedene Irritantien und andere unbekannte Ursachen. Die Therapie erweist sich als machtlos, es gelingt nur, vorübergehende Erleichterung zu verschaffen.

Charles W. Richardson (Washington): Vasomotorische Störungen der oberen Luftwege.

R. lenkt die Aufmerksamkeit auf den Unterschied zwischen dem paroxysmalen und dem ständigen vasomotorischen Katarrh. Er bespricht nur den letzteren. Er erinnert an die Thatsache (Bidder und Volkmann, Buch), dass der Sympathicus nur in gesundem Zustand unempfindlich ist. Wenn der Nerv hyperämisch wird, so wird er äusserst empfindlich gegen den Schmerz. R. betont den constitutionellen Charakter der hier in Frage stehenden Affectionen.

B. R. Shurly (Detroit) erinnert daran, dass diese Erkrankungen meist in den intellectuellen Klassen vorkommen. Er hält die locale Behandlung für ungeeignet und nimmt an, dass vasomotorische Störungen in der Nase gewöhnlich mit vasomotorischen Störungen in anderen, oft entfernten Partien des Körpers vergesellschaftet sind. Er glaubt, dass die inneren Secretionen dabei eine grosse Rolle spielen. Therapeutisch hat er die besten Resultate mit Valeriana und anderen allgemeinen Sedativis und mit der subcutanen Anwendung von Ferr. citric. erzielt.

Thrasher (Cincinnati) empfiehlt zur Erleichterung der stärksten Beschwerden zwei Mittel: die Incision der Muschel und die subcutane Injection ganz geringer Dosen von Adrenalin.

Logan (Kansas City) hat eine Cauterisation an der höchsten Stelle der Cartilago triangularis von mehr Nutzen gefunden als an jeder anderen Stelle der Muschel. Er erwähnt auch gute Resultate von der Anwendung der Bromide.

Myles (New York) empfiehlt, ein Stück des Tuberculum septi auszuschneiden, an der Stelle, wo die Lamina perpendicularis mit dem Cartilago triangularis zusammenstösst.

George L. Richards (Fall River): Ueberblick über 81 Fälle von Stirnhöhlenempyem.

Beide Sinus waren erkrankt in 23,5 pCt., der linke allein in 32 pCt., der rechte allein in 44,5 pCt.; 60 pCt. der Fälle waren acut, 7 pCt. subacut, 33 pCt. chronisch. Eiter wurde in 92 pCt. gefunden, 8 pCt. werden als „Gasfälle“ bezeichnet, d.h. es waren die Symptome augenscheinlich bedingt durch den Verschluss des Ausführungsganges, und es kam ein Gefühl des Druckes zu Stande infolge der Ausdehnung der Luft oder der Gase in der Höhle. In 14 Fällen war das Antrum mitbetheiligt Was die Behandlung betrifft, so erfolgte diese in 65 Fällen intranasal, in 16 Fällen wurde radical operirt. 66 Fälle können als geheilt betrachtet werden, in den anderen trat gelegentlich ein acutes Recidiv auf, oder es besteht noch etwas Eiterabsonderung. Die wesentlichste Bedingung für die Heilung ist, dass der Ductus frontonasalis weit offen bleibt, bis die Höhle sich obliterirt hat. R. ist der Ansicht, dass intranasale Methoden lange versucht werden sollen, da sie entweder zur Heilung oder in einer grösseren Zahl der Fälle zu erheblicher Besserung führen. Wenn ausgedehnte Siebbeinerkrankung dabei besteht, so ist öfter eine radicale Operation von aussen nothwendig.

W. E. Casselberry (Chicago): Abgeschwächte Typen eitriger Sphenoiditis in Beziehung zu sogenanntem Nasenrachenkatarrh, Kopfschmerzen und Asthma.

Die Secretion der abgeschwächten Infection erscheint nicht als typischer Eiter, sondern als verschiedentlich modificirte eiterähnliche Absonderungen, die man in zwei Klassen theilen kann: Erstens Absonderung, deren Charakter zwischen Pus und Mucopus liegt; sie bilden keinen firnissartigen Belag und führen nicht zur Atrophie, sondern eher zu einer oedematösen Hyperplasie. Die zweite Klasse umfasst die zähen, schleimigen, bisweilen fötiden, Absonderungen, die, wenn sie reichlich sind, lange Streifen bilden, die schwer zu entfernen sind. Sind sie spärlicher, so überziehen sie lackartig die Rachenwand, führen zu atrophischer oder trockener Pharyngitis und sammeln sich im Nasenrachen zu bräunlichen Borken. Redner hat eine besondere Canüle zum Ausspülen der Keilbeinhöhle construirt. Er kommt in Bezug auf postnasalen Katarrh inclusive atrophischer oder trockener Pharyngitis zu dem Ergebniss, dass nach Ausschluss von Antrumerkrankung, adenoiden Vegetationen, Thornwald'scher Bursa pharyngea und ausgesprochener Hypertrophie der hinteren Muschelenden, in allen anderen Fällen die postnasalen eitrigen

Absonderungen auf eine eitrige Keilbeinhöhlenerkrankung — entweder allein oder in Combination mit anderen Höhlen — zurückzuführen sind.

Ungefähr ein Drittel der Patienten litt an Asthma. Ein Recidiv des Asthmas wurde beobachtet in Verbindung mit einer acuten Exacerbation einer chronischen Sphenoiditis, sowie bei einer schweren initialen Attacke von Sphenoiditis. Redner hat durch Entfernung aller in der Sphenoethmoidalregion sitzenden Polypen die Tendenz zum Asthma sehr günstig beeinflussen können.

James E. Newcomb (New York): Fremdkörper im Antrum.

Der Fall betraf einen Mann, der zu N. wegen eines postnasalen Katarrhs geschickt wurde. Man fand ein Empyem der linken Oberkieferhöhle; da der Allgemeinzustand des Patienten — er war Phthisiker — eine radicale Operation zu verbieten schien, so wurde von einer Zahnlücke aus ein Alveolarfortsatz angebohrt und ein Gummirohr eingesetzt. Rohr und Obturator glitten eines Tages in die Höhle; sie wurden später von einem Zahnarzt entfernt. Pat. starb bald an seiner Lungenaffektion. N. hat in der Litteratur der letzten 20 Jahre 50 Fälle von ähnlichen Vorkommnissen aufgefunden.

Makuen (Philadelphia) erwähnt einen Fall von Fremdkörper, bestehend in einem Gazetampon.

Coakley (New York) spricht über die Schwierigkeit der Nachbehandlung bei Keilbeinhöhlenempyem, insbesondere in Bezug auf das Offenhalten der Oeffnung Er empfiehlt für schwere Fälle die Operation von aussen.

J. Price Brown (Toronto) erwähnt einen Fall, in dem in einer Oberkieferhöhle zwei Tampons gefunden wurden.

Sluder (St. Louis) berichtet über zwei Fälle von Fremdkörpern in der Kieferhöhle; es handelte sich beide Male um Wismuthpaste, die einmal $1^1/_2$ Jahre, das andere Mal 2 Jahre in der Höhle blieben.

Bryson Dalavan: Nasenrachenfibrome.

Von 46 Fällen, die entweder mittels präliminarer Operation oder durch stückweise Abtragung mit der Zange operirt wurden, ist 1 Todesfall und nur 5 Heilungen zu verzeichnen. D. steht auf dem Standpunkt, dass alle präliminaren Operationen zu verwerfen sind, dass man alles Nothwendige durch Anwendung electrischer Methoden durch die Nase hindurch erreichen könne und dass diese Methoden, die ohne Gefährdung des Patienten und ohne resultirende Deformität angewandt werden können, in einem weit grösseren Procentsatz zu guten Resultaten führen als alle anderen Methoden.

Holmes (Cincinnati) macht auf die Anwendung des Hg mittels electrischen Stromes aufmerksam, entweder auf unipolarem oder bipolarem Wege. Mit der unipolaren Methode können 500 bis 700 Milliampères, mittels der bipolaren bis zu 2500 Milliampères angewandt werden. Er berichtet über einen Fall von Spindelzellensarkom, das die Tonsille und den oberen hinteren Theil der Zunge einnahm und das er mit Erfolg entfernt hat, ferner über einen Fall, in dem der weiche und harte Gaumen befallen waren. In dem ersten Fall ist seit 8 Jahren, in dem letzteren seit 3 Jahren kein Recidiv eingetreten.

Harmon Smith (New York) erwähnt kurz drei Fälle von Nasenrachenfibrom, die nach Injection von Acid. monochloracetic. zurückgingen; es ist kein Recidiv eingetreten.

J. Price Brown (Toronto): Fall von Spindelzellensarkom des Kehlkopfs mittels Electrocaustik und Radium behandelt.

Es handelte sich um einen 22jährigen Mann mit einer rapide wachsenden Kehlkopfgeschwulst. Innerhalb von drei Wochen gelang es dem Redner, mittels des electrocaustischen Messers die Geschwulst zu entfernen und zur Zerstörung der Basis wurde eine Woche lang Radium applicirt. Während der Radiumanwendung wuchs jedoch die Geschwulst wieder enorm und die Drüsen nahmen an Grösse zu. Es wurde wieder zur Electrocaustik geschritten, die zuerst täglich, dann, als die Geschwulst kleiner geworden war, jeden zweiten Tag angewandt wurde. Zur Zeit dieser Mittheilung war die Geschwulst fast ganz zum Verschwinden gebracht. Die Drüsen sind zurückgegangen.

Mackenzie (Baltimore) spricht sich dahin aus, dass die Anwendung des Radiums in mehr oder minder unzugänglichen Höhlen, d. h., wo der Operateur die Wirkung nicht in jedem Augenblick überwachen kann, zu verwerfen sei. Eine Autorität wie Wickham in Paris habe gesagt, dass unter keinen Umständen das Radium im Larynx oder in den tiefen Theilen des Pharynx angewandt werden solle. Im Pharynx erweisen sich die Röntgenstrahlen als sehr wirksam.

Thomas Hubbard (Toledo): Oesophagoskopie und Bronchoskopie nach der Killian'schen Methode.

1. 4jähriger Knabe, seit einem Monat ein Centstück im Oesophagus, complicirt durch eine Strictur infolge Laugenverätzung im 2. Lebensjahre.

2. Es werden summarisch einige Fälle von Münzen und Knöpfen im Oesophagus erwähnt. Ein Fall, in dem ein Knochenstück im Oesophagus seit einer Woche eingekeilt war, endete tödtlich infolge von Pneumonie.

3. 3jähriges Mädchen mit grosser geöffneter Sicherheitsnadel im Oesophagus. Es wird der Modus beschrieben, wie die Nadel umgedreht und dieser Vorgang auf dem Röntgenschirm controllirt werden kann. Redner demonstrirt eine Schlinge, mittels deren die Nadel in situ geschlossen werden kann.

4. Ein Kerzenhalter aus Messing für Christbäume aus dem Oesophagus eines acht Monate alten Kindes entfernt.

5. Eine Reihe von Röntgenaufnahmen von einem Falle, in dem ein Tapezierernagel 8 Jahre lang in der linken Lunge war; die Aufnahmen zeigen das Verschwinden des Nagelstiftes und Veränderungen in der Lunge.

6. Messingzwinge mit Radirgummi auf der einen und Stahlfeder auf der anderen Seite aus dem rechten Bronchus entfernt.

7. Nadel mit Glaskopf aus dem linken Unterlappenbronchus nach einer Woche entfernt bei einem kleinen Kind.

8. Eine Schraube aus dem rechten Unterlappenbronchus eines kleinen Kindes entfernt.

9. Fragment einer Cementplombe, 7 Monate nach der Aspiration aus dem rechten Oberlappenbronchus einer Frau entfernt.

Emil Mayer: Drei ungewöhnliche bronchoskopische Fälle: 1. Ein Bronchialtumor, 2. Trachealstenose, 3. Trachealsclerom.

Der Tumor muss als ein gutartiger angesprochen werden. In den beiden anderen Fällen war die Bronchoskopie ursprünglich zu diagnostischen Zwecken gebraucht worden, jedoch wurde in dem einen Falle durch schnelle Dilatation Heilung erzielt.

Makuen (Philadelphia) berichtet über einen Fall, in dem bei Entfernung einer Sicherheitsnadel mittels des Ringinstruments eine aussergewöhnliche Schwierigkeit dadurch entstand, dass die Glottis sich sphinctergleich so fest um das Instrument schloss, dass es unmöglich war, es herauszuziehen, schliesslich gelang es, die Nadel in das Bronchoskop zu ziehen.

Charles H. Knight: Nasensarkom durch intranasale Operation entfernt; Recidiv nach 13 Jahren; Operation von aussen und kein Recidiv seit $3^1/_2$ Jahren.

K. wirft die Frage auf, ob es sich um ein Recidiv oder eine neue Geschwulstbildung gehandelt habe.

Jackson (Pittsburgh) betrachtet es als sehr gefährlich, eine offene Sicherheitsnadel zu entfernen; er hält es für besser, die Nadel in den Magen hinunterzustossen, sie umzudrehen und dann herauszuziehen, als dass man versucht, sie in einem schon gestreckten Oesophagus umzudrehen. Die häufige Dyspnoe bei Fremdkörperfällen im Oesophagus kommt dadurch zu Stande, dass beim Versuch der Extraction die Trachea herabgezogen wird. Als die gefährlichsten Fremdkörper in den Bronchien bezeichnet J. die Erdnüsse (pea-nuts).

L. Swain (New Haven): Sind die Tonsillen eine Gefahr oder ein Schutz?

S. sieht in den Tonsillen lymphatische Schutzorgane, die besonders im frühen Kindesalter grosse functionelle Bedeutung haben. Er verwirft also, abgesehen von besonderen Fällen, die Tonsillectomie, besonders wenn sie mit der totalen Adenoidectomie verbunden wird. Wenn die Tonsillen erkrankt sind, so kann die Tonsillectomie in Anwendung kommen. Jedoch giebt es nach Ansicht des Redners noch andere Methoden, um die Tonsillen in einen gesunden Zustand zu bringen.

George B. Wood (Philadelphia) wendet sich gegen die Ausführungen des Vorredners. Er hat durch wiederholte Versuche bewiesen, dass der Lymphstrom aus der Tonsille herausführt. Befindet sich ein Tuberkelbacillus in einer Tonsillarcrypte, so wird er eine Tonsillartuberculose verursachen; zu fast derselben Zeit wird eine Tuberculose in der diese Tonsille drainirenden Lymphdrüse entstehen. W. empfiehlt für alle krankhaften Zustände die radicale Entfernung der Tonsille; er hat damit bessere Resultate erzielt, als mit der Tonsillotomie.

J. G. Wilson (Chicago) stimmt mit Swain darin überein, dass die physiologische Thätigkeit der Tonsille sich hauptsächlich auf das fötale Leben und frühe Kindesalter beschränkt, er betrachtet sie aber nicht als reine Lymphdrüse. Sie unterscheidet sich auch durch ihre Entwicklungsgeschichte von den anderen



Lymphdrüsen. Er erwähnt, dass er bei seinen vergleichend anatomischen Studien die Ratte als das einzige Thier befunden habe, das keine Tonsille besitzt.

W. E. Casselberry (Chicago) hat weder beim Kinde noch Erwachsenen je den geringsten Schaden von der Totalexstirpation der Mandel gesehen. Er ist trotzdem auch der Ansicht, dass die Tonsille während der Kindheit nur entfernt werden soll, wenn sie ausgesprochen krank ist; wenn aber überhaupt an ihr operirt werde, so müsse sie vollkommen entfernt werden.

Mackenzie (Baltimore) wendet sich sehr eindringlich gegen die heute oft geübte kritiklose Entfernung der Tonsillen.

Coakley (New York) betont ebenso wie Swain den Unterschied in der functionellen Wichtigkeit der Tonsillen während des Kindesalters und beim Erwachsenen; beim letzteren ist es mehr ein pathologisches als ein physiologisches Organ. Er ist dafür, die Tonsillen zu enucleiren und nicht zu amputiren und hat bei vielen Personen, bei denen jene Operation ausgeführt wurde, eine erhebliche Besserung der allgemeinen Gesundheit danach eintreten sehen.

Coolidge (Boston) bespricht, ausgehend von einer jüngst in Boston beobachteten Epidemie, die Aetiologie der acuten Tonsillitis.

Coffin (New York) hält für am gefährlichsten die nach Tonsillotomie zurückbleibenden Stümpfe und fordert die totale Entfernung der Mandeln.

B. R. Shurly (Detroit) hält die Kinder nach Entfernung der Mandeln für widerstandsfähiger gegenüber den Infectionen des Kindesalters.

Bliss (Philadelphia) sieht ebenfalls in den nach der Tonsillotomie zurückbleibenden Stümpfen eine grosse Gefahr. Es sollte nur bei absoluter Indication, dann aber auch möglichst radical, operirt werden.

J. M. Ingersoll (Cleveland): Die Technik der Tonsillectomie.

J. beschreibt seine Technik folgendermaassen: Aether wird sowohl bei Kindern, wie bei Erwachsenen angewandt. Patient liegt auf dem Operationstisch; der Kopf ragt über das Tischende hinaus und wird von einem auf der linken Seite sitzenden Assistenten festgehalten, während ein zweiter auf der rechten Seite stehender Assistent die Zunge niederdrückt und Tupfer hält. Der Operateur sitzt unmittelbar vor dem Kopf des Patienten. Die Tonsille wird dann mit einer Zange ergriffen und nach der Mittellinie gezogen, die Schleimhaut sorgfältig bis auf die Kapsel incidirt, die Tonsille dann mit ihrer Kapsel vom vorderen und hinteren Gaumenbogen, sowie oben und etwas unten losgelöst. Die Enucleation wird mit der Schlinge vollendet. Dann wird in die Höhle ein Gazebausch 2—3 Minuten lang fest eingedrückt. Hält die Blutung an, so werden die blutenden Stellen gefasst.

Hudson Makuen (Philadelphia): Einfluss der Mandeloperation auf weichen Gaumen und Stimme.

M. will untersuchen, ob die Laienansicht, dass die Entfernung der Tonsillen auf die Stimme irgend welchen Einfluss habe, zu Recht besteht. Als Stimmorgane kommen in Betracht: der weiche Gaumen, die Zunge und der Kehlkopf.

Das Gaumensegel hat zwei wichtige Functionen bei der Phonation, die eine ist eine Klappenwirkung, durch welche die Stimmresonanz erheblich beeinflusst wird, die andere besteht darin, dass durch die Gaumenmuskulatur der Schildknorpel gehoben und die Stimmbänder gestreckt werden, wodurch Qualität und Höhe der Stimme mit bestimmt werden. Die Klappenfunction des Gaumensegels kann durch abnorm grosse oder degenerirte Tonsillen stark beeinflusst werden, indem die grossen Tonsillen die Motilität des M. depressor stören und die degenerirten beinahe denselben Effect haben durch die katarrhalischen Schwellungen und Adhäsionen, welche sie im Gefolge haben. Ferner, wenn das Gaumensegel nicht abschliesst und schlaff im Oesophagus hängt, so sind die palato-pharyngealen Muskeln, die ihren Halt am Rachengewölbe eingebüsst haben, nicht mehr im Stande, den Schildknorpel zu heben und die Stimmbänder zu strecken und damit erleidet die Stimme eine Einbusse an Qualität und Höhe. Ausser für Beseitigung von Infectionsquellen ist also die Entfernung der Tonsillen auch indicirt zur Verbesserung oder Rettung der Stimme. Die Tonsillectomie ist für den ersten Zweck die geeignetste Operation, dagegen nicht so für die letztgenannte Indication; denn, wenn sie auch noch so gut ausgeführt wird, es resultiren stets Narbencontractionen und Adhäsionen in der Fossa tonsillaris, die die Function der Muskeln in der Nachbarschaft beeinträchtigen. Wenn daher die Kapsel nicht hypertrophirt ist und keine entzündlichen Adhäsionen zwischen ihr und den umgebenden Muskeln bestehen, so wird man wahrscheinlich, was die phonatorischen Functionen des Gaumens anbelangt, bessere Resultate erzielen, wenn man nur die Tonsille entfernt und die Kapsel intakt lässt. Natürlich ist dies eine umständlichere und schwierigere, manchmal fast unmögliche Operation, jedoch sollte sie in ausgesuchten Fällen wenigstens versucht werden. Es sollte in jedem Falle genau abgewogen werden, ob eine totale Tonsillectomie oder eine extracapsuläre Operation angebracht ist. Verletzung eines oder mehrerer Gaumenbögen haben in manchen Fällen einen nicht gut zu machenden Schaden für Stimme und Sprache zur Folge gehabt.

Albert C. Getchall (Worcester): Die Beziehung der Tonsillenhypertrophie zu Endocarditis.

Die Erfahrungen G.'s zeigen, dass Endocarditis bei Patienten, die zur Entfernung der Mandeln kommen, nicht häufig ist, und er ist der Ansicht, dass vergrösserte Tonsillen an sich nicht die Krankheitsherde enthalten, die Endocarditis hervorbringen.

A. B. Thrasher (Cincinnati): Primärer Schanker der Tonsille.

Von den hier von Th. beobachteten Fällen erfolgte bei 3 die Infection durch Küsse. Die Krankheit breitet sich, wenn die Tonsille die Eingangspforte darstellt, rascher aus, als von jeder anderen Körperregion; die Secundärerscheinungen sind gewöhnlich schon vorhanden, wenn der Primäraffect entdeckt wird. In den Frühstadien der Tonsilleninfection hat sich die Serumdiagnose nicht als zuverlässig erwiesen, da das Virus sich von der eingekapselten Tonsille aus noch nicht in den Organismus verbreitet hat. Sollte man aber eine Tonsilleninfection entdecken,

bevor noch die Allgemeininfection erfolgt ist, so sollte sofort die Tonsillectomie gemacht werden in der schwachen Hoffnung, das locale Gift zu beseitigen.

Frederic E. Hopkins (Springfield): Secundärblutung nach Tonsillotomie.

Bericht über 2 Fälle. In dem einen, der ein 9 Jahre altes Kind betraf, erfolgte die Blutung am 11. Tag, in dem zweiten — bei einem 19jährigen Mann — am 12. Tage.

Wood (Philadelphia) erwähnt eine Nachblutung 7 Tage nach Adenoidenoperation.

Richards (Fall River) hat 2 Nachblutungen 5 resp. 6 Tage nach der Operation, sowie eine tödtliche Nachblutung nach Adenoidectomie gesehen.

Casselberry (Chicago) spricht die Ansicht aus, dass die Nachblutungen fast in allen Fällen auf der Loslösung eines von der Operation herrührenden Schorfes beruhen. Er applicirt bei Erwachsenen sofort den Galvanocauter auf die blutende Stelle.

Richardson (Washington) betont, dass die oft von dem allgemeinen Practiker verlangte Operation an den Tonsillen vom Specialisten verweigert werden sollte, so lange sich nicht makroskopisch oder mikroskopisch eine Erkrankung derselben nachweisen lässt. Er berichtet über mannigfache Complicationen nach Tonsillectomie: Emphysem, Pneumonie, Pleuritis; letztere endete in einem Fall bei einem Kinde tödtlich.

Coolidge (Boston) berichtet über einen Fall von Tonsillarschanker, in dem Behandlung mit 606 gerade angefangen hatte, als die secundären Symptome sich zu zeigen begannen. Der Primäraffect und die Secundärsymptome verschwanden schnell.

George B. Wood (Philadelphia): Die Wirkung der Caustik bei tuberculösen Affectionen.

Klinische Erfahrungen und Experimente an Meerschweinchen zeigen, dass die Caustik eine ideale Methode bei localisirter Tuberculose ist. Innerhalb 3 Tagen bildet sich um die cauterisirte Partie eine Zone entzündlicher Reaction, und in dieser Zone entwickelt sich eine excessive Menge von fibrösem Gewebe, das auf die Begrenzung des tuberculösen Processes merklichen Einfluss hat. Bildung neuer Blutgefässe in der entzündlichen Zone führt der Partie genügend Nahrung zu, um zu verhüten, dass Erweichung und Nekrose eintritt, während der Schorf eine Reinoculation verhindert und die Blut- und Lymphgefässe verschliesst.

J. Payson Clark (Boston): Angeborene Membran des Oesophagus.

24jährige Frau, die stets gezwungen war, ihre Nahrung nur klein zerstückelt zu sich zu nehmen. Von einem Trauma besagt die Anamnese nichts. Ein Jahr, bevor C. sie zuerst sah, hatte sie einen Würganfall, als sie versuchte, ein Stück Fleisch zu schlucken. Seitdem konnte sie nur noch Flüssigkeiten schlucken. Ver-

suche, eine Sonde einzuführen, misslangen. Eine Untersuchung mit Jacksonschem Röhrenspatel zeigte eine den Oesophagus vom Pharynx trennende Membran, die nur eine 3—5 mm grosse Oeffnung hatte. Die Membran gab bei der Forcirung mit einem Oesophagoskop nach, und das Instrument glitt anstandslos bis zum Magen. Pat. hat keine Schwierigkeiten beim Schlucken mehr.

Mosher (Boston) erwähnt einen Fall von Diaphragmabildung am oberen Ende des Oesophagus; nach Zerreissung derselben hörten die Beschwerden, die seit 15 Jahren bestanden hatten, auf. Emil Mayer.

IV. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

V. Bericht (25. April 1912).

Das Organisationscomité für die **Provinz Hannover** hat sich erweitert und besteht nunmehr aus folgenden Herren:

1. Ehrencomité: Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. A. K. Gürtler, Mitglied des Provincial-Medicinal-Collegiums, dirigirender Arzt am Clementinenhaus.
   Stadtschulrath Dr. Welschalm.
   Dr. Kreipe.
2. Geschäftsführendes Comité: Dr. A. Suckstorff, Dr. G. Warnecke, Stabsarzt Dr. G. Beyer.
   Demselben haben sich für die Untersuchungen zur Verfügung gestellt die Herren: Dr. O. Kraushaar, Dr. S. Hirsch, Dr. H. Kreutzberg, Dr. O. W. Seyffarth, Dr. Davidsohn, Dr. Rust.
3. Organisatoren für:
   a) Hameln: Dr. M. Wolfes,
   b) Hildesheim: Dr. G. Krebs,
   c) Emden: Dr. H. Heydenreich,
   d) Osnabrück: Dr. F. Reining,
   e) Celle: Dr. E. Koch-Bergemann,
   f) Wilhelmshaven: Dr. H. H. Harms,
   g) Goslar: Dr. K. K. Wurst,
   h) Bad Rehburg: Dr. R. Heyden.

In Hildesheim ist die Erlaubniss zur Untersuchung der Volksschulen bereits eingetroffen.

Dem Comité für die **Provinz Hessen-Nassau** sind beigetreten

1. als Ehrenmitglieder: Se. Excellenz der Wirkl. Geheimrath Herr Prof. Dr. Paul Ehrlich in Frankfurt a. M. und der Regierungspräsident Herr Dr. von Meister (Wiesbaden).
2. als Arbeitsausschuss: die Herren Dr. F. Blumenfeld und Dr. K. Zoepffel in Wiesbaden, San.-Rath Dr. G. Avellis, Dr. Hans Dencker, Dr. A. F. Marum, Dr. K. König in Frankfurt a. M., Dr. W. Kleyensteuber in Cassel.

Der ärztliche Verein zu Wiesbaden hat 100 Mark für die Zwecke der Forschung bewilligt.

Seitens des Reg.- und Geh. Med.-Raths Dr. Pfeiffer ist die Untersuchung der Schulkinder auf dem Lande durch die Kreisärzte zugesichert worden.

In der **Provinz Westpreussen** setzt sich das geschäftsführende Comité zusammen aus den Herren: Dr. Anton Behrendt (als Vorsitzender), Dr. Johannes Semrau (als Schriftführer), Dr. Joseph Korte, Dr. Georg Schlomann, Dr. Joh. Adolf Schulz, Oberstabsarzt Dr. Ulrich Thiel.

In Elbing werden die Herren Drr. M. Glaser und P. Graffunder als Organisatoren wirken.

In der **Schweiz** besteht das Comité aus den Herren Prof. Siebenmann, Prof. Burckhardt (Hygieniker), Dr. Oppikofer, Dr. Grossheintz, Hosch und Buser. Es ist beabsichtigt, die Untersuchungen im September beginnen zu lassen.

In **Oesterreich** hat sich ein geschäftsführendes Comité gebildet, bestehend aus den Herren: Hofrath Prof. Dr. Chiari, Dr. Carl Kofler, Dr. Friedrich Hanszel.

In **Italien** gehören dem Comité an die Herren: Prof. Dr. G. Gradenigo (Präsident), Prof. Dr. Ignazio Dionisio, Dr. Raoul Hahn, Dr. Ciro Caldera (Secretär), sämmtlich in Turin.

In **Dänemark** wird die Organisation von den Herren Dr. Mahler, Dr. Sophus Bentzen und Dr. G. Kiär durchgeführt werden.

In **Finnland** haben sich nach dem Bericht des Herrn A. af Forselles (Helsingfors) folgende Herren bereit erklärt, sich an der Sammelforschung zu betheiligen:

a) Dr. T. Aschan, Dr. H. Bardy, Dr. A. Elmgren, Dr. H. v. Fieandt, Dr. E. Kuhlefeldt, Dr. B. Lönngrist, Dr. E. Suolahti, Dr. A. Tollet, sämmtlich in Helsingfors.
b) Dr. G. Tollet und Dr. A. v. Bonsdorff in Abo.
c) Dr. G. Björkqvist und Dr. N. Emeleus in Tammerfors.
d) Dr. A. Sundholm in Wasa.
e) Dr. S. Granberg in Uleaborg.
f) Dr. V. Angervo in St. Michel.

Das **„Comitee for Great-Britain and the Colonies“**, bestehend aus den Herren St. Clair Thomson (London), A. Logan Turner (Edinburgh) und Brown Kelly (Glasgow), ist mit den organisatorischen Arbeiten für die „International Collective Investigation of Ozaena“ bereits erheblich vorgeschritten und hat uns folgende Liste eingesandt:

I. England.

a) London: L. Hemington Pegler, H. Lambert Lack, Dan. Mackenzie, W. Douglas Harmer.
b) Cumberland and Westmoreland: W. S. Syme (Glasgow).
c) Lancashire and Cheshire: J. M. Hunt (Liverpool).
d) Shropshire: C. R. G. Wood (Shrewsbury).
e) Gloucester: A. J. M. Wright (Bristol).
f) Sommerset and Wilts: P. Watson Williams (Bristol).
g) Devon: C. F. Bean (Plymouth).
h) Hampshire: Anthony McCall (Bournemouth).
i) Stafford: F. W. Sydenham (Walsall).
k) Warwick: Franc Marsh (Birmingham).
l) Notts: A. R. Tweedie (Nottingham).
m) Wales: D. R. Paterson (Cardiff).
n) Channel Islands: Arnold S. Ferguson (Colesburg, Jersey).

II. Irland.

a) Ulster: J. A. Craig (Belfast).
b) Leinster: R. H. Woods (Dublin).
c) Munster: Jas. M. Browne (Cork).

III. Schottland.

a) Edinburgh and S. E.: Logan Turner (Edinburgh).
b) Aberdeen and N. E.: J. Mackenzie Booth (Aberdeen).
c) Inverness and N.: J. W. Mackenzie (Inverness).

d) Dundee and Central: G. T. Guild (Dundee).
e) Lanarkshire: Jas. Adam (Hamilton).
f) Renfrewshire: Rob. Fullerton (Glasgow).
g) Glasgow and S. W.: Brown Kelly, Walker Downie and Stoddart Baar (sämmtlich in Glasgow).

Die Organisation für Indien und die übrigen Kolonien befindet sich in Vorbereitung. Es soll für dieselben ein abgekürztes Formular des Fragebogens ausgearbeitet werden.

Wir können diese Mittheilungen nicht schliessen, ohne diejenigen Herren Organisatoren, welche bisher ihren Bericht noch nicht eingesandt haben, nochmals dringend um baldigste Zustellung desselben zu bitten.

Die Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg haben uns die Untersuchung der in ihren Heilstätten, Untersuchungsstationen etc. untergebrachten Kranken in entgegenkommendster Weise bewilligt.

Nachdem das Kgl. Institut für Infectionskrankheiten, sowie das hygienische Institut der Universität Berlin, wie wir bereits berichteten, die unentgeltliche Ausführung aller der Sammelforschung dienenden chemischen und bakteriologischen Untersuchungen bereitwilligst übernommen haben, wurde uns nunmehr dasselbe Entgegenkommen bewiesen von Seiten des **Kaiserlichen Gesundheitsamts** (Leiter: Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. med. h. c. Bumm), sowie von Seiten des **Untersuchungsamtes der Stadt Berlin** (Leiter: Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. Bernhard Proskauer).

Bezüglich des **Fragebogens** sind nachträglich von Seiten der Herren Prof. Gradenigo (Turin) und Prof. J. Dionisio (Turin) einige Ausstellungen gemacht worden, von denen folgende Berücksichtigung gefunden haben:

1. III,8a (Zeile 5). Das Wort „Habitus“ soll gestrichen werden, weil unter III,2 bereits vorhanden.
2. IV,1. Geräumigkeit der Nase (Grad) unter Berücksichtigung der Cristae et Deviationes.
3. VI,3 soll lauten: Krankheiten und ev. Todesursachen bei Eltern und Geschwistern (insbesondere Tuberculose).

Endlich machen wir darauf aufmerksam, dass gelegentlich der **XIX. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen am 24./25. Mai d. J. in Hannover** eine Besprechung über alle Einzelheiten der Sammelforschung (innerhalb Deutschlands) stattfinden wird. Wir werden bei dieser Gelegenheit den Herren den Entwurf eines Sectionsschemas übermitteln, der zur Zeit Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Orth, Director des pathologischen Instituts der Berliner Universität, zur Begutachtung vorliegt. Unmittelbar nach dieser Tagung werden Zählformulare, Fragebogen und Sectionsschema dem Druck übergeben werden, damit sodann die praktischen Arbeiten der Sammelforschung beginnen können.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Rosenberg, Berlin W. 15, Joachimsthaler Strasse 12.
Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.
Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

Egmont Baumgarten †.

Am 7. April starb in Budapest der Privatdocent für Laryngo-Rhinologie Dr. Egmont Baumgarten im Alter von 53 Jahren. Baumgarten hatte in Wien studirt und promovirt. Nach Vollendung seiner Studien wurde er Assistent von Schrötter's an der inneren Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses. Unter Schrötter bekam dann Baumgarten auch reichliche Gelegenheit, an der von jenem geleiteten laryngologischen Klinik sich mit den Erkrankungen der oberen Luftwege zu beschäftigen. Er vervollkommnete seine Kenntnisse durch Curse bei Schnitzler, Stoerck und Politzer. Im Jahre 1886 kehrte er in seine Vaterstadt Budapest zurück und liess sich daselbst als Specialist für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten nieder. Bald darauf erhielt er eine Stelle als Oberarzt am Stefanie-Kinderhospital und leitete die diesem Spital angegliederte Ambulanz für Hals- und Nasenkranke. Im Jahre 1896 habilitirte er sich für Rhino-Laryngologie an der Universität Budapest und wurde zwei Jahre später zum Oberarzt an der rhino-laryngologischen Abtheilung der Budapester Poliklinik ernannt.

Baumgarten war ein aussergewöhnlich fleissiger und strebsamer Arbeiter; seine wissenschaftlichen Beiträge, von denen wir die wichtigsten unten anführen, haben befruchtend und fördernd auf den verschiedensten Gebieten der Rhino-Laryngologie gewirkt; besonders hervorgehoben zu werden verdienen seine Publicationen über Reflexneurosen, Siebbeinerkrankungen und aus jüngster Zeit über die rhinogenen Augenerkrankungen. Auch sei erwähnt, dass er für das „Ungarische Handbuch der inneren Medicin" das Capitel über „Erkrankungen der Nase, der Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums" bearbeitet hat.

Der Tod des in vollster Schaffenskraft Dahingerafften kam völlig unerwartet. Als er bei der Vorbereitung zu einer Operation eine Schlinge zurechtbiegen wollte, stach er sich mit dem Schlingendraht in den Finger. Es erfolgte eine schwere Phlegmone und Gangrän der Sehnen; die Prognose wurde von vornherein dadurch getrübt, dass der Patient Diabetiker war. Am zehnten Tage trat Coma ein, in dem er am 7. April starb.

Baumgarten erfreute sich bei seinen Collegen allgemeiner Werthschätzung und Beliebtheit; er war ein Mann von vornehmer Gesinnung und den gewinnendsten persönlichen Eigenschaften, wohlwollend und entgegenkommend, mit einem ausgesprochenen Sinn für Humor und Frohsinn. Wir werden dem ausgezeichneten Collegen und liebenswürdigen Menschen stets ein ehrendes Andenken bewahren. Finder.

Verzeichniss der Arbeiten Baumgarten's[1]).

1. Eczema introitus narium. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 3. 1885.
2. Zur Wirkung des Cocains. Ebendas. No. 2. 1886.
3. Die Epistaxis und ihre Behandlung. Wien 1886.
4. Die Krankheiten der Nasenscheidewand. Orvosi hetilap. No. 3 u. 4. 1886.
5. Die Ursachen der Nasenscheidewandverbiegungen. Deutsche med. Wochenschr. No. 22. 1886.
6. Fälle von Störungen des Geruchs und Geschmackes. Pester med. chir. Presse. No. 9. 1889.
7. Rhinitis und Rhinopharyngitis fibrinosa. Wiener med. Wochenschr. No. 52. 1889.

---

1) Die zahlreichen Demonstrationen zum grössten Theil in der Rhino-Laryngologischen Section der Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest sind meist nicht hier aufgeführt.

8. Membranöser Verschluss der Choanen. Ebendas. No. 51. 1889.
9. Perforation der Nasenscheidewand nach Diphtherie. Orvosi hetilap. No.32. 1889.
10. Gumma der Nase und des Nasenrachenraums. Wiener med. Wochenschr. No. 52. 1889.
11. Seltenere Neurosen und Reflexneurosen. Pester med. chir. Presse. 1891. No. 47.
12. Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. Pester med. chir. Presse. 1892. No. 18.
13. Seltenere Formen von Larynxperichondritis. Wiener med. Wochenschr. No. 7. 1892.
14. Katarh des Recessus pharyngeus medius. Wiener klin. Wochenschr. No.20. 1892.
15. Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraums. Pest. med.-chir. Presse. No. 35. 1892.
16. Larynxödem nach Jodkali. Deutsche med. Wochenschr. No. 9. 1892.
17. O'Dwyer'sche Intubation bei chronischen Stenosen des Kehlkopfs und der Luftröhre. Arch. f. Kinderheilk. No. 5/6. 1893.
18. Aetiologie der Stimmbandcarcinome. Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1893.
19. Eiterung der Siebbeinzellen. Vers. Deutscher Naturf. u. Aerzte. Wien 1893.
20. Verdoppelung der vorderen Nase. Revue de Laryngol. No. 1. 1894.
21. Kehlkopfabscess nach Scarlatina. Gyogyászat. No. 43. 1893.
22. Neue Methode zur Operation der interarytaenoidalen Infiltrate. Ebendas. No. 49. 1894.
23. Echte und falsche Choanalverschlüsse. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 1. 1896.
24. Ein seltener Fall von Choanalpolyp. Wiener med. Presse. No. 18. 1897.
25. Kehlkopfpapillome bei Kindern und deren Behandlung. Arch. f. Laryng. Bd. 8.
26. Knöcherner Verschluss der Choane. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 9. 1898.
27. Phenol. natro-sulforicinicum in der Rhino-Laryngologie. Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1899.
28. Das Schleich'sche Verfahren bei den Operationen der Septumverbiegungen und Leisten. Orvosi hetilap. No. 26. 1899.
29. Ein bisher nicht beschriebenes Geschwür des harten Gaumens. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 9. 1899.
30. Die hysterischen Aphonien. Wiener med. Wochenschr. No. 40. 1899.
31. Chronische Kehlkopfstenose traumatischen Ursprungs. Wiener med. Presse. No. 47. 1900.
32. Ueber Schlingbeschwerden bei Rachenkrankheiten. Bresgen's Samml. 1901.
33. Pruritus senilis linguae. Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1901.
34. Aneurysma der Arteria pharyngea ascendens. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. 1903.
35. Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et gonorrhoica. Wiener med. Wochenschr. No. 42. 1903.
36. Tabische Larynxkrisen. Orvosi hetilap. No. 9. 1905.
37. Kehlkopfcyste von seltener Grösse. Ebendas. No. 12. 1905.
38. Alypin in der Rhino-Laryngologie. Gegészat Rhino-laryng. No. 1. 1906.
39. Acute Augenkrankheiten in Folge acuter Nasenerkrankungen. Orvosi hetilap. No. 1. 1906.
40. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Barth: „Zur Therapie der Aphonia spastica u. s. w.“. Arch. f. Laryng. Bd. 16.
41. Neue Beiträge zur Erkrankung der knöchernen Keilbeinhöhle. Ebendas. Bd. 16.
42. Zur Genese der Epiglottiscysten. Ebendas. Bd. 17.
43. Die multiplen Papillome des Kehlkopfs. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.
44. Leiomyoadenom des Zungengrundes. Arch. f. Laryng. Bd. 20. 1907.
45. Auffallende Pulsation der Pharynxarterien. Orvosi hetilap. No. 52. 1907.
46. Beiderseitige Recurrenslähmung aus verschiedenen Ursachen. Ebendas. No. 11. 1908.
47. Kehlkopf- und Oesophagusstenosen in ihrem Einfluss auf die Geschlechtsorgane. I. Intern. Laryngo-Rhinologencongress. Wien 1908.

48. Kehlkopf- und Rachensymptome bei Erkrankungen des Herzens. Med. Klinik. No. 48. 1909.
49. Kehlkopfsymptome bei Syringomyelie. Gegészat. No. 2. 1908.
50. Operative Behandlung der Stimmlippenverdickung. Orvosi hetilap. No. 37. 1909.
51. Frühformen der Ozaena. XVI. Intern. med. Congress. Budapest 1909.
52. Sehstörung in Folge Nasenleiden. Arch. Int. de Laryngol. 1909.
53. Ueber den Zusammenhang der oberen Luftwege mit Erkrankungen der Nieren. Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1909.
54. Sehstörung in Folge Nasenleiden. Orvosi hetilap. No. 14. 1910.
55. Die operative Behandlung einiger Stimmlippenverdickungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 2. 1910.
56. Sehstörungen durch Affectionen der Nase bedingt. Ebendas. H. 9. 1910.
57. Die durch nasale Operationen geheilten Sehstörungen. III. Intern. Laryngo-Rhinologencongress. Arch. f. Laryngol. Bd. 26. H. 1. Berlin 1911.

Gabriel Coupard †.

In Saint-Germain-en Laye, wohin er sich seit einigen Jahren zurückgezogen hatte, starb am 2. März im Alter von 65 Jahren Gabriel Coupard. Er studirte in Paris und war bis 1883 Assistent von Fauvel, liess sich dann in Paris nieder, wo er lange Zeit zu den angesehensten und beschäftigtsten Specialitäten zählte. Unter seinen Veröffentlichungen sind zu nennen die „Rapports des végétations adénoïdes et de la laryngite striduleuse". C. war der erste, der bei gewissen Formen der Cephalaea die oberflächlichen Cauterisationen der Nasenschleimhaut empfahl. Mit Brachet zusammen hat er Morell Mackenzie's Buch über die Hygiene der Stimmorgane ins Französische übersetzt. F.

Verein Deutscher Laryngologen.

XIX. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen zu Hannover.

Das Programm ist vorläufig wie folgt zusammengestellt:

Freitag, den 24. Mai, 4 Uhr: Eröffnung, Geschäftssitzung, Demonstrationen. 7 Uhr gemeinsames Festessen mit den Otologen.

Sonnabend, den 25. Mai, 9—1 Uhr: Wissenschaftliche Verhandlungen. 2 Uhr: Fortsetzung der Wissenschaftlichen Verhandlungen.

Bisher sind folgende Vorträge angemeldet:

A. Denker (Halle a. d. S.): Praktische Winke zur Technik der Nebenhöhlenoperationen.
Blumenfeld (Wiesbaden): Zur Frage des Zusammenhanges zwischen Nasenstenose und Veränderungen der Lungenspitzen.
Siebenmann (Basel): Schädeltrauma als Ursache von gleichseitiger Schlundkehlkopf-Nackenlähmung.
A. Thost (Hamburg): Die Gicht in den oberen Luftwegen.
Killian (Berlin): Thema vorbehalten.
Dreyfuss (Strassburg i. E.): Ueber gestielte Tumoren im Hypopharynx.
Oppikofer (Basel): Ausgüsse von Larynx und Trachea in strumöser Gegend.
Hugo Stern (Wien): Physiologie und Pathologie der Mitbewegungen beim Sprechen und Singen.
Kretschmann (Magdeburg): Die sublabiale Septumresection.
Alexander (Berlin): Der gegenwärtige Stand der Ozaenasammelforschung (Referat).
W. Schmiedt (Leipzig-Plagwitz): Beitrag zur Eröffnung der Stirnhöhle und des Stirnnasenganges von aussen.
Spiess (Frankfurt a. M.): Die konservative Behandlung hypertrophischer Gaumenmandeln.

Manasse (Strassburg i. E.): Demonstration zur Lehre von den primären Fibromen der Nebenhöhlen.
Elsasser (Hannover): Ueber Inhalation von warmer mit vergasten Medikamenten vermischter Luft nebst Vorführung eines neuen Apparates zu diesem Zwecke.
Dahmer (Posen): Influenza-Laryngitis und Kehlkopftuberculose.
Mann (Dresden): Bronchoskopische Mitteilungen über Lymphdrüsenanthrakose.
Steiner (Prag): Zur Kenntniss der Kehlkopftuberculose.
Gutzmann (Berlin): 1. Ueber die Darstellung der Vocale mit einfachen Resonatoren (Demonstration). 2. Ein handlicher Reiseapparat für experimentell-phonetische Untersuchungen (Demonstration).
Ephraim (Breslau): 1. Demonstration von Radiogrammen und Präparaten zur bronchoskopischen Frühdiagnose von primären Lungentumoren. 2. Ueber Anaesthesirung zum Zwecke der Bronchoskopie.
Sokolowsky (Königsberg i. Pr.): Analytisches zu Registerfrage. (Aus dem physiologischen Institut der Universität Königsberg i. Pr.)
R. Goldmann (Iglau): 1. Zur Aetiologie des Asthma bronchiale. 2. Zur Aetiologie der Aphonia hysterica.
Schmeden (Oldenburg i. Gr.): Während des letzten Jahres im Oldenburger Land beobachtete Fälle von Uebertragung der Maul- und Klauenseuche der Thiere auf Menschen.
W. Brünings (Jena): Ueber die Dauerresultate der Paraffinplastik bei Recurrenslähmung.

Das ausführliche Programm wird auf Wunsch durch den Schriftführer, Herrn Dr. R. Hoffmann, Dresden 1, Grunaerstr. 8, 1, versandt.

XV. Congress der Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia.

Der Congress findet am 17. bis 21. September in Venedig statt.

Folgende Themata stehen als Referate auf der Tagesordnung:

1. Werth der Inhalationstherapie für die Athmungswege. Referenten: V. Nicolai und F. Lasagna.
2. Klinische Anwendungen der experimentellen Phonetik. Referenten: G. Gradenigo und C. Biaggi.

Anfragen sind zu richten an den Vorsitzenden Prof. C. Poli, Genua, Via Roma.

Programm der XVIII. Jahresversammlung der American Laryngological, Rhinological and Otological Society.

Philadelphia, 13., 14. and 15. Mai 1912.

Montag, 13. Mai, Morgensitzung.

Presentation of specimen — Strictures and diverticulae of the oesophagus. George F. Keiper, M. D.

1. The roentgen ray as an aid to the diagnosis of diseases of the sphenoid sinus. Ross Hall Skillern, M. D., in colaborat. with George E. Pfahler, M. D.
2. The capacity and superficial area of the sphenoid, maxillary and frontal sinuses. Hanau W. Loeb, M. D.
3. Sphenoidal sinusitis in relation to optic neuritis. Joseph P. Tunis, M. D.
4. The Wassermann reaction and Salvarsan in throat, nose and ear diseases. Joseph C. Beck, M. D.
5. An exhibition of radiographs of the mastoid process showing normal and pathological conditions. Wendell C. Phillips, M. D.

Nachmittagssitzung.

Symposium on the standardization of tone in voice production.

6. The need of a standard in voice production. William J. Henderson, Esq., Musical critic of the New York sun. (By invitation).
7. The result of eighteen (18) years of research work in voice production and voice analysis. William Hallock, Prof. physics, Columbia University, New York. Floyd Muckey, M. D. (By invitation).
8. The standardization of vocal art science from the standpoint of the teacher. Mr. and Mrs. Henry Howard Brown, Colorado Springs. Colo. (By invitation.)
9. Vocal art science from the standpoint of use and abuse of the voice. Frank E. Miller, M. D.

Dienstag, 14. Mai 1912, Morgensitzung.

10. Mastoid sequestra containing all three semicircular canals, with a report of the subsequent labyrinthine reaction. J. M. Ingersoll, M. D.
11. Studies in meningitis. Samuel J. Kopetzky, M. D.
12. Surgical treatment of meningitis. Irving S. Haynes, Prof., Cornell University. (By invitation.)
13. Personal observations in 20 cases of brain abscess. Edward B. Dench, M. D.
14. The Eustachian tube in chronic otitis media. Edgar M. Holmes, M. D.
15. Some anatomical, pathological and surgical observations on the lateral sinus and jugular vein. John F. Barnhill, M. D.
16. Case of bilateral inflammation of the external auditory canal, followed by bilateral sinus thrombosis. Autopsy. Dunbar Roy, M. D.

Nachmittagssitzung.

Symposium on orthodontia.

17. The development of the teeth and occlusion as factors in the development of the facial bones. Frederick Bogue Noyes, D. D. S. (By invitation).
18. Practical results attained in this work. A. H. Ketcham, D. D. S. (By invitation).

Mittwoch, 15. Mai 1912, Morgensitzung.

19. Report of a case of teratoma of the naso-pharynx. Lewis A. Coffin, M. D.
20. Chemic diseases of the upper respiratory tract. D. Braden Kyle, M. D.
21. Eight years experience with chloroform anesthesia in nose and throat surgery. Charles Prevost Grayson, M. D.
22. A contribution to the pathology and clinical diagnosis of status lymphaticus. Gerhard Hutchison Cocks, M. D.
23. A study of benign laryngeal growths with especial reference to their accurate removal. Presentation of new instruments for this purpose. Case reports. John McCoy, M. D.
24. A preliminary report on the operative treatment of atrophic rhinitis. Francis P. Emerson, M. D.

Personalnachrichten.

Prof. Massei (Neapel) ist zum Ehrenmitglied der Wiener Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Dr. Hajek (Wien) hat den Titel als a. o. Professor erhalten.

Unser Mitarbeiter Prof. A. Rosenberg (Berlin) hat den Titel als Geheimer Sanitätsrath erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, Juni. 1912. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **William R. Murray. In wie weit sind Nase und Hals für Mittelohrerkrankungen verantwortlich? (How far may conditions in the nose and throat be responsible for middle-ear diseases?)** *Journ. americ. medical association. 12. Aug. 1911.*

Verf. giebt eine Schilderung der Rolle, die dem Nasenrachen bei Entstehung der Mittelohreiterungen zukommt.

EMIL MAYER.

2) **F. Blumenfeld** (Wiesbaden). **Die Tuberculinbehandlung der Tuberculosen der oberen Luftwege bei Erwachsenen.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 4. S. 425. 1911.*

Der Vortrag wurde in der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln 1911 gehalten und ist bereits in dieser Zeitschrift, 1912, Bd. 28, S. 163, referirt.

OPPIKOFER.

3) **G. Simon** (Aprath). **Zur Anwendung des Tuberculins bei der Lungentuberculose unter Berücksichtigung des Kindesalters.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 4. S. 437. 1911.*

Der Vortrag wurde in der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln 1911 gehalten. Das Referat findet sich in dieser Zeitschrift, 1912, Bd. 28, S. 164.

OPPIKOFER.

4) **Fotats Domenech. Beziehung zwischen Taubstummheit und hereditärer Tuberculose. (Relacion entre la sordo-mudez y la herencia tuberculosa.)** *Rev. barcelon. de enf. del oido, gargante y nariz. 31. März 1911.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Trotz der in manchen Arbeiten aufgestellten Behauptungen zeigt die Statistik, dass für die Taubstummheit eine hereditäre Tuberculose als Ursache nur wenig in Betracht kommt.

2. Die Summe der statistischen Daten ergiebt hereditäre Tuberculose als Ursache für Taubstummheit nur in 1/2 pCt. der Fälle. A. J. TAPIA.

5) **W. W. Herrick. Die Eosinophilie beim Bronchialasthma. (The eosinophilia of bronchial asthma.)** *Journ. americ. medical association. 2. Dec. 1911.*

In schweren acuten Fällen fehlt die Eosinophilie oder ist nur in geringem Grade vorhanden, dagegen findet sie sich oft im Uebermaass bei den mehr chronischen Formen. Es wird die Frage aufgeworfen, ob man irgend welche praktischen Schlüsse aus dem Blutbefund bei Bronchialasthma — abgesehen von der differentialdiagnostischen Bedeutung desselben — ziehen kann. Verf. weist darauf hin, dass derjenige Typ der Krankheit, bei dem man Eosinophilie findet, am häufigsten durch Jodkali zu beeinflussen ist, so dass in allen diesen Fällen ein gründlicher Versuch damit gerechtfertigt ist. EMIL MAYER.

6) **Maximilian Wassermann** (Meran). **Endonasale Asthmatherapie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1912.*

Der auf dem III. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress in Berlin gehaltene Vortrag empfiehlt, bei Asthmatikern nicht erst bis zum Anfall zu warten und dann durch anaesthesirende Sprays den Anfall zu coupiren, sondern prophylaktisch das Auftreten der Anfälle zu verhüten. Den oft negativen oder nur vorübergehenden Erfolg der rhino-chirurgischen Eingriffe sucht Autor kritisch zu erklären und empfiehlt zumal für solche Fälle sein Verfahren, das in einer Tamponade beider Nasenhälften besteht, zunächst 8—14 Tage täglich, dann in immer grösseren Intervallen. Die lockere Tamponade geschieht in der Weise, dass ein mit einer schwachen anaesthesierenden Lösung (1—2proc. Lösungen von Eucain und Eumydrin, Cocain, Alypin oder die Einhorn'sche Lösung) getränkter Wattetampon von ca. 3 cm Länge wagerecht in jede Nasenhälfte derart eingeführt wird, dass er sowohl am Tubercul. septi als auch am vorderen Ende der unteren Muschel leicht anliegt. Der Patient bleibt mit vornübergebeugtem Kopf 15 Minuten sitzen, dann werden die Tampons entfernt und die Nase ausgeschneuzt. Autor sucht die von ihm auf diesem Wege erzielten Erfolge (meist baldiges Ausbleiben der Anfälle) durch die prophylaktische, regelmässige Resorption der an sich geringen Medicamentenmenge zu erklären, durch die die Reflexbahnen ausser Thätigkeit gesetzt und dadurch immer schwerer gangbar werden. HECHT.

7) **John Auer** und **S. J. Meltzer. Die Athmung bei den Methoden des differentiellen Drucks verglichen mit der bei den Methoden der Intratrachealinsufflation. (The status of respiration in the methods of differential pressure compared with that under the methods of endotracheal insufflation.)** *Journ. of experimental medicine. Dec. 1911.*

Ein Vergleich zwischen den Gefahren bei Athmung unter differentiellem Druck und Intratrachealinsufflation fällt zu Gunsten der letzteren Methode aus.

EMIL MAYER.

8) **Blanluit** (Paris). **Die Chloroformirung bei Eingriffen an den oberen Luftwegen. (La chloroformisation dans les interventions sur les voies aeriennes supérieures.)** *La presse médicale. No. 80. 1911.*

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der Chloroformnarkose, durch welche die bei der gewöhnlich geübten Art des Narkotisirens entstehenden Gefahren vermieden werden sollen, so die Narkose auf dem nasalen Wege, ferner nach vorhergehender Laryngotomia intercricoidea oder Tracheotomie, die Einathmung der Dämpfe durch die Doyen'sche Tube, durch den Apparat von Delbet und besonders die Kuhn'sche perorale Tubage, die er für am vortheilhaftesten hält.

Zum Schluss empfiehlt Verf., die Narkose mittels des direkt applicirten Ricard'schen Apparates zu beginnen und diesen dann mit der Intercricoidcanüle oder dem Kuhn'schen Apparat zu verbinden. GONTIER DE LA ROCHE.

9) **Blegvad** (Kopenhagen). **Vibrationsmassage bei Nasen- und Rachenleiden.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 5. S. 1. 1912.*

In den letzten 2 Jahren hatte Verf. bei 102 Patienten — meist handelte es sich um eine chronische Pharyngitis oder Rhinopharyngitis, bei 7 um eine vasomotorische Rhinitis — die Vibrationsmassage mit dem Storch'schen Apparat angewendet, den er dem Apparat nach Breitung vorzieht. Durch eine mit Watte umwickelte Sonde werden die kleinen, regelmässigen, sehr schnellen Vibrationen auf die Schleimhaut übertragen. Bei der stark secernirenden Pharyngitis wird mit 2proc. Höllensteinlösung und bei der trockenen mit der Lugol'schen Lösung massirt. Die Vibrationsmassage setzt vor Allem die Empfindlichkeit der Schleimhäute in hohem Grade herab und bewirkt zudem eine active Hyperämie und eine momentane starke Secretion.

Durchschnittlich waren 20 bis 30 Sitzungen von 1 bis 3 Minuten nothwendig, um alle Symptome verschwinden zu lassen. 57 Patienten wurden geheilt, 42 wesentlich gebessert, 3 blieben ungebessert. Verf. hat dann einer Anzahl der Patienten Fragebogen gesandt und dadurch erfahren, dass die Heilung oder Besserung angehalten hat; immerhin ist gegen diese Statistik einzuwenden, dass vorläufig die Heilungsdauer noch eine zu kurze ist. OPPIKOFER.

10) **Ambrosini. Hydrotherapie für Nase, Rachen, Kehlkopf und „Trockenverneblung". (Idroterapia rino-faringo-laringea e polverizzazione asciutta communemente detta „nebulizazzione secca".)** *Arch. ital. di otol. 1911.*

Verf. hat einen Apparat für Hydrotherapie der oberen Luftwege angegeben und einen anderen für warme und kalte Verneblungen mit und ohne Ventilator. CALAMIDA.

11) **Gradenigo** und **Stefanini. Ueber das electrische Verhalten des mittels des Stefanini-Gradenigo'schen Trockeninhalators erhaltenen Nebels. (Sullo stato elettrico delle nebbie ottenute coll' inalatore a secco sistema Stefanini-Gradenigo.)** *Arch. ital. di otol. August 1911.*

Verff. haben Untersuchungen darüber angestellt, ob der mittelst ihres Zer-

stäubungssystems erhaltene Nebel elektrisch geladen ist oder nicht. Aus den Versuchen ergiebt sich, dass der aus dem Zerstäuber hervorgehende Tropfen positiv und negativ geladene Tröpfchen in gleicher Menge enthält. CALAMIDA.

12) **Pick** (Charlottenburg). **Ueber die Herstellung von Unterdruck an dem Spiess'schen Vernebler.** Mit 1 Abb. *Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1912.*

Zur Behandlung der chronischen Bronchialkatarrhe combinirte Pick mit Erfolg den Spiess'schen Vernebler mit dem Bruns'schen Unterdruckathmungsapparat in der Weise, dass er — unter Anwendung einer Saugmaske, die hermetisch Mund und Nase abschliesst — die Nebelschraube an dem Spiess'schen Vernebler klein stellt, so „dass der Patient mit vermindertem Druck und in Folge dessen mit verstärktem venösen Rückfluss zum rechten Herzen athmet". Durch diese Erleichterung des Rückflusses des nenösen Blutes zum rechten Herzen werden die häufig gleichzeitig bestehenden Circulationsstörungen erheblich gebessert.

HECHT.

13) **Boneti** und **de Barbieri. Ueber einige Versuche über die Durchlässigkeit der oberen Luftwege für die trockenen Dämpfe nach dem Körting'schen System. (De quelques expériences sur la perméabilité des voies respiratoires aux buées sèches obtenues par le système Körting.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Bericht verlesen auf dem Italienischen Congress für Oto-Rhinologie, Rom 1911. Die Versuche der Autoren erweisen sowohl bei mikroskopischer als auch schon bei makroskopischer Untersuchung, dass die trockenen Dämpfe bis in die feinsten Alveolen der Lungen gelangen. Sie werden daselbst in kleinen Krystallen abgelagert und dann von den Lymphgefässen absorbirt, so dass sie sogar eine allgemeine Wirkung auszuüben im Stande sind. Von der Oesophagusschleimhaut findet keine Resorption statt. Die betreffende Literatur wird zum Schlusse mitgetheilt.

LAUTMANN.

14) **Siemon** (Cottbus). **Athmungsflasche für ätherische Oele und andere flüchtige Stoffe.** *Med. Klinik. No. 12. 1912.*

Einfacher Apparat, leicht handlich und mit sparsamer Beschränkung der ätherischen Stoffe. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **F. H. Quix. Die Störungen des Geruchsinns.** *S.-A. aus Handbuch der Neurologie, herausgegeben von Lewandowsky. Band I. Springer, Berlin 1912.*

In den anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen wird die Zwaardemaker'sche Eintheilung in neun Geruchsklassen erwähnt, zur Untersuchung dient Zwaardemaker's Riechmesser (Präcisionsolfactometer), andere Apparate z. B. der von Grazzi sind nicht erwähnt. Die Störungen der Geruchsempfindung zerfallen in Ausfallserscheinungen (An- und Hyposmie) und Reizerscheinungen (Hyper-Parosmie, Illusionen, Hallucinationen), es sind weiter zu unterscheiden peri-

phere (respiratorische oder essentielle) und centrale (organisch-functionelle). Die respiratorischen Anosmien zerfallen wieder in inspiratorische und exspiratorische (=gustative), die essentiellen in toxische (z. B. durch Schwefeldampf, Aether, Cocain, Tabak), entzündliche durch fortgeleitete Schleimhautentzündungen, postinfectiöse nach Influenza und anderen Krankheiten. Centrale Anosmien können angeboren oder traumatisch sein oder Folge von Hirndruck; functionell kommen sie bei Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie vor.

NADOLECZNY.

16) **John J. Kyle. Einige Beobachtungen über Lamina cribriformis und Riechnerven beim Menschen und gewissen Thieren. (Some observations upon the cribriform plate and olfactory nerve in man and certain animals.)** *The laryngoscope. December 1911.*

Nach den Untersuchungen des Verf. bedecken die Verzweigungen des Riechnerven das Nasendach, das obere Drittel des Septum, den freien Rand der oberen Muschel und die vordere obere Hälfte der mittleren Muschel und endigen zum grössten Theil in der Gegend des Riechspaltes.

Die peripheren Endigungen der Riechnerven sowohl wie die Riechhärchen, die in die Nasenhöhle hinreichen, gehen direct zum Bulbus olfactorius. Die Riechhärchen gleichen in ihrer Function den Stäbchen und Zapfen der Retina oder den äusseren Haarzellen des N. cochlearis und, wenn sie einmal zerstört sind, bilden sie sich nicht wieder.

Die Annahme, dass die Olfactoriuszellen durch Eiterung oder Druck in der Riechregion der Nase zerstört werden können und daraus Anosmie resultirt, ist plausibel. Man muss mit der Application reizender Substanzen in der Olfactoriusregion sehr vorsichtig sein, da durch sie leicht einige Sinneszellen zerstört werden können.

EMIL MAYER.

17) **Kutzinski** (Berlin). **Ueber Geruchshallucinationen.** *Med. Klinik. No. 10. 1912.*

Bei einer 65jährigen, von jeher nervösen, jetzt an einer leichten Dementia senilis erkrankten Frau stellten sich seit October 1910 eigenartige Anfälle von Geruchshallucinationen ein, die von psychischen Veränderungen gefolgt waren. Als Ergebniss seiner Beobachtungen und der Zusammenstellung aus der Literatur hebt Verf. hervor, dass hallucinatorische Reizsymptome des Geruchssinns ihren Sitz in den Centren (Gyrus hippocampi, Uncus und wohl auch des Ammonshorns) haben. Ausfallserscheinungen können durch Affectionen des Bulbus und Tractus olfactorius oder durch Zerstörung der Centren hervorgerufen werden.

HECHT.

18) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Beitrag zur Berufsanosmie der Feuerwehrleute.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Verf. beschreibt einen Fall von traumatischer functioneller Anosmie, bei dem die Diagnose erst durch einen wiederholten Insult gesichert werden konnte, der die Steigerung der beim ersten Insult aufgetretenen Ausfallserscheinung zur Folge hatte.

WILH. SOBERNHEIM.

19) **I. Kubo. Zur Physiologie und Psychologie des Geruchsinns.** *Tokei Shimpo. No. 3. 1909.*

Systematische Vorträge über die neueren Studien der Geruchsphysiologie. Eigene Erfahrungen über die Olfactometrie. Verf. kommt zum Schlusse zur Beschreibung von Geruch im Traume und in der japanischen Poesie. INO KUBO.

20) **K. Kassel** (Posen). **Die Nasenheilkunde des Mittelalters.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. Bd. 5. S. 79. 1912.*

Verf. hat die beiden ersten Abschnitte der Geschichte der Nasenheilkunde in der Zeitschrift der Laryngol. Bd. 3, Heft 3 und Bd. 4, Heft 5 veröffentlicht und bespricht nun in dem jetzigen Abschnitt die Nasenheilkunde der Araber, dann die abendländische Medicin, die Mönchsmedicin, die talmudische Literatur, die Schule von Salerno. Im Mittelalter wurde einzelnen Nasenkrankheiten, der Stinknase, den Nasenpolypen, dem Krebs, der Lepra, namentlich aber dem Nasenbluten bereits grosse Aufmerksamkeit geschenkt, und alle möglichen, manchmal recht zweckmässige, manchmal auch recht unvernünftige Mittel angewendet; auch nasale Operationen wurden bereits ausgeführt, allerdings in einer für heutige Verhältnisse nicht befriedigenden Weise.

Verf. hat mit grosser Mühe das zerstreute Material gesammelt. Wichtige interessante Stellen sind aus den Originalarbeiten unverändert wiedergegeben, so z. B. das Salernitanische Lehrgedicht, das ziemlich reichhaltiges rhinologisches Material enthält.

Verf. beabsichtigt, die weiteren Abschnitte seines Werkes, das grosse Anerkennung verdient, in der Zeitschrift für Laryngol. zu veröffentlichen. Später wird die ganze Arbeit in Buchform im Verlage von Kabitzsch in Würzburg erscheinen. OPPIKOFER.

21) **Karl Kassel** (Posen). **Die Anfänge der Nasenchirurgie.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 1. 1911.*

Interessante kurze geschichtliche Mittheilungen. WILH. SOBERNHEIM.

22) **C. Ziem. Die Pest und die Nase. (La peste et le nez.)** *Revue hebd. de laryng. No. 25. 1911.*

Man ist es gewohnt, in der Litteraturübersicht, mit der Verf. seine Artikel beschliesst, Autoren zu finden, in denen gewöhnlich Rhinologen nicht nachzuschlagen pflegen. Diesmal citirt Verf. Boccaud, Manzoni, Defoe, Thucydides usw. Neben dieser grossen Belesenheit zeichnet sich Verf. auch durch die Originalität aus, mit der er die Pestübertragung durch die Ratten z. B. leugnet und nur die eine Form der Infection, die aërogene, zulässt. Dass er an die Wirksamkeit des Antipestserums nicht glaubt, ist weniger auffallend als die Behandlung, die er vorschlägt: nasale, pharyngeale, fronto-ethmoidale Spülungen mit Salzwasser. Selbstverständlich, wie in allen Empfehlungen Verf.'s, fehlt nicht die Empfehlung von guter Luft und leichtem Citronensaft. LAUTMANN.

23) **Max Rosenberg** (Berlin). **Die Beziehungen der chronischen Nasenstenose zur Lungentuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1911.*

Möller und Rappaport haben unter 120 Patienten der Belziger Heilstätte 84 pCt. nasenkrank gefunden, Rivers fand unter 500 Personen fast doppelt so häufig Mundathmung bei Phthisikern als bei Nichttuberculösen. Daraus folgt, dass Nasenenge eine Disposition für Tuberculose abgiebt. Verf. glaubt, dass ausser den allgemein bekannten Schädlichkeiten der Mundathmung besonders die „Collapsinduration der rechten Lungenspitze“ (Krönig) in Betracht komme, über die er eine ausführliche Arbeit im 25. Bande des Archivs für Laryngologie veröffentlicht hat. Verf. glaubt, dass sich die collabirte Lungenpartie gegenüber der Tuberculose weniger widerstandsfähig erweist. (Aber man erzeugt doch neuerdings operativ Lungencollaps, um Tuberculose auszuheilen! D. Ref.) ZARNIKO.

24) **T. Wada. Ueber die Schleimhauthypertrophie des Nasenbodens bei Japanern.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. XVI. No. 3. 1910.*

Verf. fand eine circumscripte Hypertrophie der Bodenschleimhaut bei 130 Personen unter 648 poliklinischen Patienten (Okada's Klinik). Verf. machte genaue mikroskopische Untersuchungen und kam zum folgenden Schlusse: Die Gewebsbestandtheile der unteren Muschel sind hier auch zu finden. Besonders zu bemerken ist die Entwicklung des Schwellgewebes, worauf Ref. schon klinisch aufmerksam gemacht hat. Verf. empfiehlt operative Entfernung, wenn conservative Methoden nicht helfen. INO KUBO.

25) **W. Stuart-Low. Conservative Chirurgie der Nase. (Conservative surgery of the nose.)** *British medical journal. 14. Januar 1911.*

Verf. betont die Notwendigkeit der Erhaltung der Schleimhaut, soweit es möglich ist. Verf. empfiehlt für diesen Zweck als am besten seine „submucöse Turbinectomie“, wenn es sich um Hypertrophie der Muscheln handelt. Verf. beschreibt auch für die Behebung des Ansaugens der Nasenflügel eine Operation, mittels welcher submucös ein Theil des Knorpels an der Apertur und der vordere Theil des Septumknorpels resecirt wird. A. J. WRIGHT.

26) **Otto J. Freer. Die untere Muschel; ihre longitudinale Resection wegen chronischer Hyperplasie. (The inferior turbinate; its longitudinal resection for chronic intumescence.)** *The Laryngoscope. December 1911.*

Der Patient befindet sich in halbliegender Position auf dem Operationsstuhl. Der Operateur steht auf der Seite, auf der die Muschel resecirt werden soll, während ein Assistent das Nasenloch mit ein paar Haken aufhält. Verf. benutzt die Kirstein'sche Stirnlampe. Die Localanaesthesie wird so bewerkstelligt, dass ein mit Adrenalinlösung getränkter Wattetupfer in Cocainkrystalle getaucht und dann die Muschel damit eingerieben wird.

Nachdem von einem kleinen Schnitt am vorderen Ende der Muschel, der bis zum unteren Rand und wenn möglich um diesen herumgeführt ist, die Schleimhaut abgelöst ist, wird sie längs dieses Randes in ganzer Länge durchtrennt. Die eventuell noch bleibenden Adhäsionen werden mit einem Elevatorium durchtrennt.

Ein möglichst grosser Lappen wird dann nach oben in den mittleren Nasengang geschlagen, sodass die convexe Fläche des Muschelknochens und sein unterer Rand in ganzer Länge freiliegt.

Mittels des Meissels wird dann der Muschelknochen da, wo er am Oberkiefer angeheftet ist, von vorn nach hinten abgetrennt; der Meissel durchschneidet die Schleimhaut auf der convexen Seite, die geopfert wird bis auf die kleine Portion oberhalb des unteren Randes, die durch den Längsschnitt abgelöst wurde. Zuletzt hängt der Knochen nur noch mit der haubenartig aufsitzenden dicken Schleimhaut des hinteren Muschelendes zusammen; mittels des von vorn her eingeführten langen Elevatoriums wird der Knochen aus dieser Verbindung rund herum abgelöst, was den schwierigsten Theil der Operation darstellt. Jetzt kann der ganze Muschelknochen mit der Zange herausgezogen werden. Der Lappen wird dann replacirt und es resultirt eine Muschel en miniature. EMIL MAYER.

27) **M. M. Suliba. Submucöse Conchotomie. (Submucous turbinotomy.)** *Charlotte medical journal. September 1911.*

Die vom Verf. beschriebene Technik ist folgende: Unter Cocainanaesthesie wird mit der Scheere am vorderen Ende der Muschel ein Verticalschnitt gemacht, der die Schleimhaut bis auf den Knochen durchtrennt, dann wird die Schleimhaut auf der convexen Seite hoch gehoben und mit einem spitzen Messer von innen nach aussen durchtrennt; sodann wird die Schleimhaut auch auf der concaven Seite hochgehoben, der Knochen so weit als nöthig entfernt, die Knochenränder geglättet, die Schleimhautlappen adjustirt und im Fall stärkerer Blutung tamponirt.

EMIL MAYER.

28) **Grofmann Rovitzky. Ueber einen besonderen Fall von hypertrophischer Rhinitis mittels Operation behandelt und Bemerkungen über die Entstehung der Ozaena. (Sur un cas particulier de rhinite hypertrophique traité par l'opération avec des remarques sur la genèse de l'ozène.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXII. No. 3. 1912.*

Zusammenstellung der histologischen Kenntnisse über die Schwellkörper der Nase hauptsächlich nach Schiefferdecker. Im Anschluss daran Mittheilung eines Falles einen Patienten betreffend, dem wegen papillomatöser Entartung die untere und mittlere Muschel abgetragen worden ist und der später trotzdem weder Krustenbildung noch das Symptom der Pharyngitis sicca aufwies. Es kann daher die abnermale Weite der Nasenhöhle nicht die Ursache der Ozaena sein.

LAUTMANN.

29) **M. Richez. Ueber die Resection der unteren Muschel. (Etude de petite chirurgie nasale de la résection du cornet inférieur.)** *Dissert. Lille 1909.*

Verf. legt zu wenig Gewicht auf den Umstand, dass bei zu radicalem Entfernen der unteren Muschel eine trockene und für den Patienten lästige Rhinopharyngitis entstehen kann. OPPIKOFER.

30) **H. W. Wilson. Ein Fall von Rhinitis caseosa. (A case of rhinitis caseosa.)** *Lancet. 27. Januar 1912.*

11jähriges Mädchen, das an Adenoiden litt, wies eine rechtsseitige Nasenverstopfung mit gelblicher Absonderung und Membranbildung in der Nase auf, die zuerst für Diphtherie gehalten wurde. Die Membran bedeckte die rechte mittlere und untere Muschel. Nach Entfernung der Membran erwies sich die darunter liegende Muschel als normal. Die Membran bestand aus einer grauen, bröckligen Masse, die unter dem Mikroskop betrachtet, structurlos war und einige mit Sudan III sich färbende Fettnadelkrystalle enthielt. Culturen ergaben einen kurzkettigen Streptococcus und Staphylococcus pyogenes. Nach Ablösung bildete sich die Membran nicht wieder.

A. J. WRIGHT.

31) **Duncan Forbes** und **H. P. Newsholme. Membranöse Rhinitis. (Membranous rhinitis.)** *Lancet. 3. Februar 1912.*

Verff. haben in einer Schule das gleichzeitige epidemische Vorkommen von Rachendiphtherie einer- und Rhinitis fibrinosa andererseits beobachtet; in allen Fällen von Rhinitis fibrinosa wurden Diphtheriebacillen nachgewiesen. Drei dieser Fälle wurden mit autogenen Vaccinen behandelt. Danach verschwanden die Membran und Absonderung, jedoch blieben die Diphtheriebacillen noch in der Nase nachweisbar.

A. J. WRIGHT.

32) **A. M. Gossage. Eine Familie mit membranöser Ausscheidung aus der Nase. (A family with membranous discharge from the nose.)** *British journ. childrens diseases. April 1912.*

Verf. brichtet über 10 Fälle von Membranbildung in der Nase bei Individuen aus drei Generationen einer Familie. Der Zustand findet sich bei der Geburt und dauert das ganze Leben hindurch an. Eine Schädigung der Gesundheit ist damit nicht verknüpft. Werden die Membranen entfernt, so bilden sie sich innerhalb 12 Stunden wieder. In keinem Fall entwickelte sich Ozaena. Die Absonderung erwies sich bestehend aus polymorph-nucleären Leukocyten, die in ein fibrinöses Netzwerk eingebettet waren. Bacillen, Diplokokken und Diplobacillen waren vorhanden, kein Mikroorganismus jedoch glich dem Diphtheriebacillus oder dem Bacillus xerosis.

Eine genealogische Tafel scheint dafür zu sprechen, dass die Vererbung der Krankheit in diesem Fall dem Mendel'schen Gesetz folgte.

A. J. WRIGHT.

33) **T. Yoshioka. Ein Fall von Rhinitis blennorrhoica gonorrhoica.** *Japanische Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. XVI. No. 1. 1910.*

Es handelte sich um eine 19jährige Sängerin. An eine acute Rachenentzündung sich anschliessend kam die heftige Nasenaffection mit Fiebersteigerung (bis 32.2 °C.), reichlicher Eitersecretion, Kopfschmerzen, Mattigkeit etc. zum Ausbruch. Gonokokken wurden in Strichpräparaten constatirt, aber nicht cultivirt.

INO KUBO.



34) **Hoke** (Franzensbad). **Ueber einen Fall von Spätinfection einer Laparotomienarbe während einer Rhinitis.** *Prager med. Wochenschr. No. 19. 1911.*

Drei Monate nach der p. p. geheilten Laparotomie bildete sich gleichzeitig mit einer acuten Rhinitis ein Ligaturabscess in der Laparotomienarbe, woraus Verf. auf eine hämatogene Infection schliessen zu müssen glaubt (? Ref.). HANSZEL.

35) **Hennebert. Ein Fall von fusospirillärer Rhinitis (Vincent). (Un cas de rhinite fusospirillaire de Vincent.)** *Bulletin de la soc. médicochir. de Brabant.*

Zehnjähriges Mädchen mit totaler Nasenverstopfung seit 14 Tagen; die Nasenhöhle ist mit sehr dicken Pseudomembranen, welche das Septum und die Nasenmuscheln bedecken, ausgefüllt: kein Fieber, keine Drüsenanschwellungen, keine Läsion im Nasenrachenraum und Pharynx; die mikroskopische Untersuchung der Pseudomembranen durch Dr. Rülens ergiebt:

1. Vorhandensein massenhafter Bacilli fusiform. (Vincent);
2. Culturen auf reinem Blut: Vincent'sche Bacill. fusiformes, aber keinen Löffler'schen Bacillus.

Es handelt sich demnach um eine fusospirilläre Vincent'sche Rhinitis.

BAYER.

36) **Körner** (Rostock). **Perforationen der Nasenscheidewand infolge von Rhinitis sicca anterior und von Tuberculose.** *Med. Klinik. No. 3. 1912.*

Bei Rhinitis sicca mit drohender Perforation des Septums empfiehlt Körner frühzeitige Excision des kranken Septumtheiles.

Die Tuberculose des Septums befällt meist Leute, die sonst nirgends an Tuberculose leiden, die Infection erfolgt wohl durch Inoculation mit Tuberkelbacillen mittelst des bohrenden Fingers. SEIFERT.

37) **J. Akamatsu. Wassermann'sche Reaction bei Ozaena genuina.** *Bd. XVI. No. 5 u. 6. 1910.*

Bei 21 vom Verf. als Ozaena genuina diagnostirten Fällen (darunter einmal Verdacht auf Lues) blieb die Reaction immer negativ. INO KUBO.

38) **Halke** (Berlin). **Beiträge zur Pathologie der Nasennebenhöhlen. I. Die Entwicklungsstörungen der Nasennebenhöhlen bei Ozaena.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 5. S. 301. 1911.*

Verf. fand auf dem Röntgenbilde bei 13 seit der Kindheit an Ozaena leidenden Patienten nur bei 2 Fällen normal grosse Stirnhöhlen. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Ozaena der Kinder befällt in der Regel frühzeitig die in der Entwicklung stehenden Höhlen. Das Fehlen oder die mangelhafte Entwicklung insbesondere der Stirnhöhlen ist die Folge der in ihrer Wachsthumsenergie geschädigten Nasenschleimhaut, insbesondere des Recessus frontalis oder auch der fast regelmässigen Miterkrankung des Siebbeins. (Analog ist wahrscheinlich der Vorgang in den übrigen Nebenhöhlen.) Die Entwicklungsstörung der Stirnhöhlen bei Ozaena ist also nicht bedingt durch eine Hypertrophie des Knochens resp. eine Störung seines Resorptionstriebes, dessen Vorhandensein erwiesen ist.

Verf. geht von der Voraussetzung aus, dass die Auffassung derjenigen Autoren, die Kleinheit der Nebenhöhlen als einen für Ozaena charakteristischen Befund ansehen, richtig sei, während Referent nach 9 Nasensectionen sicherer Ozaena eine mangelhafte Entwicklung der Nebenhöhlen bei Ozaena nicht bestätigen kann und diesen Befund als zufälligen betrachten möchte. Immerhin wird diese Frage erst bei viel grösserem Sectionsmaterial definitiv entschieden werden können.

OPPIKOFER.

39) **Harry Kahn. Behandlung der Ozaena mittels submucöser Paraffininjectionen in die Nasenscheidewand nebst einer Uebersicht über die anderen Methoden. (Treatment of ozena by the submucous injection of paraffin into the nasal septum with a review of other methods.)** *The Laryngoscope. Juni 1911.*

Verf. sieht in den Paraffininjectionen in das Septum eine sichere, befriedigende und leichte Methode für die Behandlung der Ozaena.

EMIL MAYER.

40) **Siems. Ueber die Behandlung der Ozaena. (Considérations sur le traitement des rhinites atrophiques crousteuses avec ou sans ozène etc.)** *Revue hebd. de laryng. No. 42. 1911.*

Der Autor massirt, und da er in Vichy prakticirt, so pulverisirt er auch mit Vichy-Wasser die Nasenschleimhaut. Auffallender wird es schon, wenn der Autor bei dem Krankheitsbilde der Ozaena wieder eine Gruppe unterscheiden will, je nachdem die Atrophie mit oder ohne Geruch verbunden ist etc., was zum mindesten überflüssig ist. Ganz auffällig ist, dass der Autor die ganze Massagetechnik erst selbst hat zusammenstellen müssen. Siems hätte sich durch Einsicht in die Literatur unschwer überzeugen können, dass Moure schon seit vielen Jahren alle seine Ozaenafälle massirt, und zwar mit dem Motor, nicht mit der Hand. Die functionelle Neurose, die der Autor mit der emsig getriebenen manuellen Massage acquirirt hat, hätte er bei einiger Umschau in der Literatur ersparen können. Es sei zum Schluss noch bemerkt, dass Siems über 70 Ozaenafälle mit „seiner“ Methode geheilt hat.

LAUTMANN.

41) **R. Joy. Zur Behandlung der Ozaena mittels methodischer Athemübungen. (Contribution au traitement de l'ozène par la rééducation respiratoire nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 10. 1911.*

Wir haben schon vielfach auf die originelle Lehre des Verf.'s hingewiesen, dass die Ozaenösen eine mangelhafte Nasenathmung haben. Diese theoretische Auffassung Verf.'s wäre belanglos, wenn sie ihn nicht zu therapeutischen Schlussfolgerungen geführt hätten, die das Verschwinden der zwei Hauptsymptome der Ozaena, des Foetors und der Krustenbildung, garantiren. Um diese verloren gegangene Nasenathmung wiederherzustellen, empfiehlt Verf. selbstverständlich die bekannten methodischen Athemübungen. Hierzu fügt er eine Behandlung der erkrankten Schleimhaut mittels comprimirter Luft, wozu er einen eigenen Apparat angegeben hat. Verf. hat schon früher eine Reihe von Krankengeschichten über Heilung der Ozaena mitgetheilt. Hier fügt er 12 neue Fälle an, bei denen sämmtlich seine Methode ein Verschwinden des Foetors, der Krustenbildung und der

überreichen Secretion nach relativ kurzer Behandlung herbeigeführt hat. Da die comprimirte Luft eigentlich nicht recht zur Behandlung gehört und nur als Stimulus der Schleimhaut gedacht werden kann, ist nicht abzusehen, warum man den Vorschlag Verf.'s nicht einer erneuten Nachprüfung unterwerfen sollte, da es doch Thatsache ist, dass die Ozaenakranken einen schlechten allgemeinen Zustand zeigen, der durch Athemübungen wieder gebessert werden kann. LAUTMANN.

42) **Wladimir Bogojawlensky. Intrakranieller Weg zur Hypophysis cerebri durch die vordere Schädelgrube.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 7. 1912.*

Zuerst Craniotomie, später nach Emporhebung des Hautknochenlappens Durchschneidung der Dura mater in H-form und bei hängendem Kopfe Ablösung des rechten Stirnlappens vom Orbitaldach, Entfernung der Geschwulst mit einem stumpfen resp. scharfen Löffel. Heilung. SEIFERT.

43) **O. Chiari. Ueber eine Modification der Schloffer'schen Operation von Tumoren der Hypophyse.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1912.*

Die Vorzüge dieser Operationsmethode sind:

1. Der kleine Hautschnitt und die dementsprechende geringe Entstellung.

2. Der Umstand, dass nur auf einer Seite der Processus frontalis theilweise resecirt wird; im Innern derselben Nasenhöhle werden die mittlere Muschel, die Siebbeinzellen, die Lamina papyracea grösstentheils und nur der hinterste Antheil des Septum nasi entfernt.

3. Der Weg von der Hautwunde bis zum Keilbein ist um 3 cm kürzer und viel breiter als von der vorderen Nasenöffnung.

4. Dass sich die Operation in einer Sitzung ohne Voroperation ausführen lässt und

5. die Gefahr der Infection der Schädelhöhle nicht grösser ist als bei den extra- und intranasalen Methoden.

Zwei Krankengeschichten mit günstigem Erfolg. HANSZEL.

44) **Biehl** (Wien). **Ein neuer Weg für Eingriffe an der Hypophyse und am Sinus cavernosus.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 1. 1912.*

Verf. beobachtete bei seinen Versuchen an der Leiche folgenden Vorgang: Vorerst Pharyngotomia suprahyoidea. Weiterarbeiten am hängenden Kopf mit reflectirtem Licht oder der Klar'schen Lampe. Nun wird durch Fassen des weichen Gaumens mit einem Haken und Vorziehen desselben das Rachendach bis zur Gabelung des Septums frei. Abschaben der Weichtheile mit einem Raspatorium. Am Lebenden wird es nothwendig sein, hier Adrenalin- oder Tonogentupfer in Anwendung zu bringen. Sodann Eröffnung der unteren Wand der Keilbeinhöhle, und zwar knapp am Septum narium, eventuell sogar einen kleinen Theil desselben mit abtragen, besonders, wenn das Röntgenbild ergeben sollte, dass die Höhle weit nach vorn reicht. Eingehen mit einer gekrümmten Sonde in dieselbe behufs Constatirung der Grössenverhältnisse. Entfernen des Bodens nach Bedarf mit der Hajek'schen Knochenstanze; sodann Durchschlagen der Decke nach der Hypophyse zu. Auch hier kann die Oeffnung mit der Stanze nach Notwendigkeit er-

weitert werden. Gegebenenfalls könnte nun auch ein Eingriff am Sinus cavernosus vorgenommen werden. SEIFERT.

45) **Stenger** (Königsberg). **Tumor der Hypophysengegend auf endonasalem Wege erfolgreich operirt.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1912.*

Bezugnehmend auf die Arbeit Spiess' in der Münchener med. Wochenschrift, 1911, No. 47, weist Verf. darauf hin, dass bereits ein ähnlicher Fall aus seiner Klinik durch Dr. Linck in Ziegler's Beiträge, 1909, Bd. 46, veröffentlicht wurde. Die in vivo bereits diagnosticirte und vom Rachen aus operirte Geschwulst erwies sich gleichfalls als Chondrom, das bald recidivirte und — da eine grössere Operation nicht gestattet wurde — nach 2¼ Jahren zum Tode führte, wodurch die Bösartigkeit auch dieser Geschwulstbildung sich manifestirte. Autopsie war unmöglich. In Untersuchungen an Embryonen suchte Linck das Verhältnis der Chorda zur Rachenhöhle festzustellen und charakterisirte dadurch das maligne Chordom als eine typische Geschwulst des Nasenrachenraumes.

HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

46) **Lindsay S. Milne. Glatte Atrophie der Zunge. (Smooth atrophy of the tongue.)** *Journ. americ. med. assoc. 23. September 1911.*

Verf. hat 39 Fälle gesammelt; sie verteilen sich auf alle Lebensalter von 27 bis 80 Jahren. Als eine Alterserscheinung kann die glatte Atrophie nicht betrachtet werden, da sie auch bei über 90 Jahre alten Personen fehlt. In 14 der gesammelten Fälle war die Anamnese auf Syphilis negativ und keine Zeichen dafür vorhanden. In andern 14 Fällen von glatter Zungenatrophie bestanden typische Zeichen von Syphilis. In 21 Fällen von Syphilis fanden sich keine Abnormitäten an der Zungenbasis. EMIL MAYER.

47) **K. Jahr. Ein Fall von Papillomata linguae auf dem Boden einer Leukoplakie.** *Dissert. Jena 1910.*

Kurze Mittheilung des makroskopischen Befundes unter Berücksichtigung der Litteratur, ohne Angabe über den weiteren Verlauf. OPPIKOFER.

48) **Reiche** (Hamburg). **Beiträge zur Kenntniss der Angina ulcerosa.** *Mittheil. aus den Hamburger Staatskrankenanstalten. Bd. 9. 1905.*

Bei den Beobachtungen von Verf. handelte es sich um 25 Fälle, von denen einer ein Recidiv während der Krankenhausbehandlung erfuhr und 2 Fälle, die einige Wochen nach der (als geheilt) Entlassung mit der gleichen Affektion neuerdings zur Aufnahme gelangten. Die jugendlichen Erwachsenen (zwischen 15 und 25 Jahren) bildeten die Mehrzahl der Erkrankten. Manifeste Beziehungen zu bestimmten Berufszweigen, zu schlechten Zähnen oder ungenügender Mundpflege traten nicht zu Tage. Der Krankheitsbeginn war mehrere Male ein allmählicher gewesen. Die fusiformen Bacillen allein wurden 16 mal, Combination dieser mit Spirillen 16 mal festgestellt.

Die Therapie bestand neben Priessnitz'schen Umschlägen in entsprechenden Mundwässern, Pinselungen mit Tannin-, Jod- und Sublimatglycerin und Milchsäure, Verschorfungen mit dem Lapisstifte. SEIFERT.

49) **Reiche** (Hamburg). **Weitere Beiträge zur Kenntniss der Plaut-Vincent'schen Angina.** *Mittheil. aus den Hamburger Staatskrankenanstalten. No. 4. 1910.*

In einer weiteren Serie von 27 Fällen, in welchen auch wieder jugendliche Erwachsene die Mehrzahl bildeten, gaben diese überwiegend häufig einen bestimmten Tag mit Sicherheit als Krankheitsanfang an; die Krankheitsdauer schwankte von 14 Tagen bis 3 und 4 Wochen.

Das Zahnfleisch war bei 8 Kranken, der weiche Gaumen bei 1 Kranken, die Zunge bei 2 und die Wangenschleimhaut bei 1 Kranken mitergriffen. Die Milz fand sich einige Male deutlich geschwollen, bei 3 Fällen wurden Spuren von Albumen im Urin gefunden. Die Mehrzahl der Erkrankten wies nur geringe, einige eine mässige Steigerung der Eigenwärme auf, bei 9 Fällen wurde ein Maximum von 39—40,2 registrirt. SEIFERT.

50) **C. Silvan. Die Tonsillen als Eintrittspforte für den Tuberkelbacillus. (Le tonsille come atrio d'ingresso del bacillo tubercolare.)** *Il Morgagni. No. 1. 1912.*

Verf. hat Gaumentonsillen, die vom Lebenden und vom Kadaver entnommen waren, systematisch untersucht. Er bildet drei Gruppen: 1. Fälle von Individuen, die an verschiedenen Formen von Tuberculose gestorben sind, welche als solche sich intra vitam durch manifeste klinische Zeichen offenbarte und auf dem Sectionstisch bestätigt wurde. 2. Fälle von Individuen, die nicht an Tuberculose starben und bei denen auch die Section keine Anzeichen einer solchen aufdeckte. 3. Hypertrophische Tonsillen von Lebenden stammend.

Aus den Untersuchungen des Verf.'s ergiebt sich, dass die Hypertrophie bisweilen einen larvirt-tuberculösen Process darstellt, wenn sie auch nicht die gewöhnlichen makro- und mikroskopischen Characteristica der Tuberculose aufweist. Die Tonsillen können die Eintrittspforte für den Tuberkelbacillus darstellen, der unter günstigen Bedingungen sich nicht nur auf die Ganglienzellen ausbreiten, sondern auch im ganzen Organismus verstreuen kann. CALAMIDA.

51) **Ghon. Acute myeloide Leukämie, fötide nekrotisirende Tonsillitis und Pharyngitis.** Verein deutscher Aerzte in Prag, 10. Nov. 1911. *Prager med. Wochenschr. No. 49. 1911.*

Allgemeininfection durch Streptococcus pyogenes. — Exitus unter den Erscheinungen einer Staphylokokken-Sepsis. HANSZEL.

52) **A. K. Higgs. Beziehung zwischen Mandelerkrankung, rheumatischem Fieber und Herzkrankheit. (Relation between diseased tonsils, rheumatic fever and heart disease.)** *Northwest medicine. November 1911.*

Enthält nichts wesentlich Neues. EMIL MAYER.

53) **Paul Roethlisberger** (Genf). **Neues über Untersuchung und Behandlung gewisser mit Polyarthritis causal verknüpfter Tonsillitiden.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1912.*

Autor fasst seine Untersuchungsresultate folgendermaassen zusammen: „In jedem Falle von Rheumatismus, und zwar chronischem sowohl wie acutem, ist eine genaue Untersuchung der Rachenmandeln von grösster Wichtigkeit. Die chronische desquamirende Entzündung der Tonsillen steht nicht nur oft in causalem Zusammenhange mit der acuten, recidivirenden und subacuten Polyarthritis, sondern auch hier und da mit gewissen primär chronischen Formen von Gelenkrheumatismus.

Die Untersuchung der Mandeln darf nicht nur in einer einfachen Besichtigung bestehen, sondern nebst den vorderen und hinteren Recessus müssen noch die Krypten genau geprüft werden. Dies geschieht, unserer Ansicht nach, viel einfacher und sicherer, als durch eine detaillirte Sonderuntersuchung, durch gründliche Abtastung und Auspressung mit dem Finger.

In einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen kann die Behandlung in einer Art von Massage der Tonsillen bestehen, die, um zum Ziele zu führen, natürlich mehrere Wochen 2—3 mal täglich oder auch häufiger ausgeführt werden muss. Führt dieselbe zu keinem vollständigen Erfolge, so hat sie doch für eine radicale Operation vorbereitend resp. vereinfachend gewirkt. Gewisse Fälle, wo eine circumscripte Schwellung mit grosser Empfindlichkeit und negatives Expressionsresultat auf einen eingekapselten Abscess schliessen lassen, sind natürlich von vornherein dem Operateur zuzuweisen“.

HECHT.

54) **Réthi** (Wien). **Die Tonsillen als Ausgangsstelle allgemeiner Sepsis.** *Wiener med. Wochenschr. No. 7. 1912.*

Zumeist sind in solchen Fällen die Tonsillen sichtbar vergrössert, doch sieht man auch scheinbar normale Tonsillen als unleugbare Eingangspforte der allgemeinen Sepsis. Mittheilung eines derartigen Falles. In Fällen schwerer allgemeiner Infection wird man auf eine gründliche und vollständige Entfernung der Tonsillen dringen müssen, doch wird man sich bei geschwächtem Körperzustand, bei flachen Tonsillen mit der partiellen Entfernung der Mandel, eventuell mit der Schlitzung erfolgreich begnügen können. Hinweis auf die Schädigung der Singstimme durch Tonsillektomie.

O. CHIARI.

55) **D. S. Doughtery. Die schwereren Typen der Tonsillarinfection. (The severer types of tonsillar infection.)** *The laryngoscope. Juni 1911.*

Es werden acht Fälle von schwerer Allgemeininfection tonsillären Ursprungs berichtet, darunter vier mit tödtlichem Ausgang.

EMIL MAYER.

56) **M. D. Lederman. Septische Infectionen in Mund und Hals. (Septic infections of the mouth and throat.** *The laryngoscope. Juni 1911.*

Bei diesem Typus von Halsinfection mit begleitendem Oedem und Temperatursteigerung ist es rathsam, ausgiebige Incisionen in der Nachbarschaft zu machen,

in der Hoffnung die primäre Infectionsstelle zu treffen. Ist es möglich, eine frühzeitige Diagnose zu machen, so können wir eventuell ein Antitoxin aus demselben Mikroorganismus herstellen. Ein autogenes Antitoxin würde unzweifelhaft das ideale Serum bilden, jedoch erlauben unglücklicherweise die Ausdehnung der localen Infiltration und der Allgemeinzustand die zur Herstellung eines solchen nöthige Zeitversäumniss nicht; wir sind daher auf die Anwendung irgend welchen Antistreptokokkenserums angewiesen. Gewöhnlich sind diese Infectionen bedingt durch den Pyogenes aureus in Gesellschaft mit dem Pneumococcus; man sollte daher ein polyvalentes Antistreptokokken-Serum anwenden. EMIL MAYER.

57) C. E. A. Winslow. **Eine Epidemie von septischer Halsentzündung in Ost-Massachusetts und ihre Beziehung zur Milchversorgung. (An outbreak of amygdalitis or septic sore throat in Eastern Massachusetts and its relation to an infected milk supply.)**

58) Eugene A. Darling. **Klinische Erscheinungen der Epidomie von septischer Halsontzündung in Cambridge, Mai 1911. (Clinical aspects of the epidemic of septic sore throat in Cambridge, mai 1911.)**

59) Mark W. Richardson. **Eine Tonsillitisepidemie durch inficirte Milch. (An epidemic of amydalitis due to infected milk.)**

60) J. L. Goodale. **Beobachtungen über die Epidemie von Halsentzündung in Boston und Umgebung, Mai 1911. (Observations on the epidemic of sore throat occuring in Boston and vicinity during mai 1911.)** *Boston medical and surgical journal. 14. Dec. 1911.*

Verf. berichtet über die im Mai 1911 in Boston beobachtete Epidemie von septischer Angina, die auf inficirte Milch zurückzuführen war. Die Krankheit unterschied sich deutlich von der gewöhnlichen Angina. Bisweilen waren weisse Punkte, wie bei dieser, vorhanden, bisweilen fanden sich membranöse Beläge, wie bei Diphtherie; andere Male war nur eine diffuse Röthung nachweisbar. Am auffallendsten war die secundäre Schwellung der Halsdrüsen, die in einigen Fällen von einer Entzündung der tieferen Gewebe und von Sepsis, Rheumatismus, Erysipel, Nephritis and anderen Erkrankungen gefolgt war. Der Beginn war in den meisten Fällen ein plötzlicher mit Halsschmerzen, mässigem Fieber; dem Ausbruch der Krankheit gingen oft Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit voraus. In mässig schweren Fällen waren Tonsillen und Pharynx roth und geschwollen und gewöhnlich zeigten sich am zweiten Tage folliculäre Flecke auf den Tonsillen. Nausea und Erbrechen, übelriechender Athem und Widerwillen gegen Essen waren gewöhnlich frühzeitige Symptome. Bei Kindern traten oft die gastro-intestinalen Erscheinungen mehr in den Vordergrund, als die Halserscheinungen. Die leichten Fälle besserten sich in 2—3 Tagen. Unter 527 Patienten, bei denen das Geschlecht angegeben ist, waren 160 Männer und 367 Frauen. Tödtlich verliefen 27 Fälle. Kinder waren verhältnissmässig immun, hoch war die Mortalität unter alten und schwachen Personen. Es scheint, dass eine bestimmte Firma, die über 60 pCt. der Milch für die Häuser in dem befallenen District lieferte, die Quelle der Infection bildete. EMIL MAYER.

61) **Santinste. Ein Fall von schwerer Blutung nach Tonsillectomie. (Un caso di hemorrhagica grave consecutiva a la amigdalectomia.)** *Boletin de Cirurgia. T. I. No. 8.*

Die Blutung trat drei Stunden nach der Operation auf. Verf. schätzt die Gefahr der Blutung auf 1 pro mille der Fälle.

TAPIA.

62) **J. F. Sawtell. Postoperative Tonsillarblutungen. (Post-operative tonsillar hemorrhage.)** *Journ. Kansas medical society. Nov. 1911.*

Verf. giebt eine Classification der Blutungen nach ihrer Schwere und Dauer. Er empfiehlt im Fall einer Blutung, die blutenden Gefässe zu fassen und zu torquiren.

EMIL MAYER.

63) **Adolph O. Pfingst. Zufälle während der Tonsillectomie und Folgezustände derselben. (Accidents during tonsillectomy and sequelae of the operation.)** *The Laryngoscope. Juli 1911.*

Alarmirende Complicationen und Folgezustände sind nach Entfernung der Tonsille in der Kapsel selten, während die Litteratur eine Menge von Beispielen solcher Complicationen und sogar von Todesfällen nach der incompleten Entfernung der Tonsillen enthält. In der Tonsillectomie besitzen wir daher eine relativ sichere Operation. Sie darf mit allen chirurgischen Cautelen nur im Hospital vorgenommen werden. Eventuell blutende Gefässe müssen gefasst und unterbunden werden.

EMIL MAYER.

64) **Swarta** (Milwaukee). **Ein neues Instrument zur Tonsillectomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 353. 1912.*

Es handelt sich um ein automatisches Nahtinstrument, das mit Leichtigkeit gestattet, einen Faden durch die Tonsille zu ziehen und dadurch die dem Arzte unbequemere und dem Patienten lästigere Tonsillenpincette ersetzt. Abbildung des Instrumentes, das bei der Firma Reiner in Wien bezogen werden kann.

OPPIKOFER.

d. Diphtherie und Croup.

65) **Henry Lewis Wagner. Beitrag zur passiven Immunisirung der oberen Athmungswege bei Diphtherie. (Contribution to passive immunization in diphteria of the upper respiratory organs.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryngol. Dec. 1911.*

Die Versuche des Verf.'s bezweckten zweierlei: Erstens, die Wirkungen der Antitoxine auf die erkrankten Gewebe bei lokaler Anwendung festzustellen; ob sich nicht vielleicht Resultate erzielen liessen, die denen mittels intralumbaler Injektion bei infectiöser Meningitis erzielten analog sind. Zweitens, dahin zu streben, der nach Anwendung von hochwerthigem Serum folgenden Anaphylaxie vorzubeugen oder sie wenigstens zu beeinflussen.

Wenn die bakteriologische Diagnose der Diphtherie gesichert war, so wurden Nase und Hals in Intervallen von 15 Minuten mit dem hochwerthigsten Serum

combinirt mit einer 3proc. wässrigen Lösung von Calciumchlorid im Verhältnis von 1 : 2 gesprayt. Es wurden in den ersten drei Stunden 5000 I.-E. so gebraucht. Später wurden die Intervalle zwischen den einzelnen Sprays verlängert.

Verf. glaubt, dass durch die Anwendung der localen passiven Immunisation die Zahl der Keimträger verringert wird. EMIL MAYER.

66) **John A. Roddy. Diphtherieantitoxin und Anaphylaxie. (Diphteria antitoxin and Anaphylaxia.)** *New York medical journal. 16. Dec. 1911.*

Verf. schliesst, dass die Anaphylaxie eine unwesentliche Gefahr darstellt im Vergleich zur Diphtherie. Die Notwendigkeit, eine zweite Dosis Antitoxin anzuwenden und eine daraus folgende Möglichkeit anaphylaktischer Erscheinungen kann fast oder ganz vermieden werden durch geeignete Auswahl der ersten Dosis.

EMIL MAYER.

67) **v. Behring** (Marburg). **Diphtheriebekämpfung.** *Sonderabdr. aus v. Behring's „Einführung in die Lehre von der Bekämpfung der Infectionskrankheiten."*

In dem ersten Kapitel „Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Heilserumbehandlung und über meine Stellungnahme zur Centralisirung der bakteriologischen Diphtheriediagnose" betont Verf., dass namentlich in Zeiten mit schwerem Verlauf einer epidemisch auftretenden Diphtherie, wie wir sie an vielen Orten gerade jetzt erleben, jeder Arzt geradezu einen Kunstfehler begeht, wenn er nach der klinischen Diphtheriediagnose nicht sobald wie möglich die Serumeinspritzung macht. Bei bösartigem Charakter einer Epidemie möchte er dringend die intravenöse Injection befürworten. Im zweiten Abschnitt über Bacillenträger und über die durch solche bedrohten Schulkinder erklärt er die Isolirung der Bacillenträger nicht bloss für schwierig, sondern für praktisch unausführbar. Von einer Agitation für eine consequente serumtherapeutische Diphtherieimmunisierung sah Verf. bis jetzt noch ab, allenfalls räth er dazu, dadurch auf eine Verringerung der Infectionsgelegenheit hinzuwirken, dass das Diphtherieserum benutzt würde, um mittels einer Localbehandlung des Nasenrachenraumes die Bacillenträger möglichst schnell vom Diphtherievirus zu befreien. Im letzten Abschnitt wird die Bewerthung des Diphtheriegiftes und des Diphtherieantitoxins nach der Intracutanmethode von Prof. Römer besprochen. SEIFERT.

68) **E. Modigliari. Intravenöse und intrapulmonare Injectionen von Diphtherieheilserum bei schweren Diphtheriefällen und bei diphtherischer Bronchopneumonie.** *Riv. di Clin. pediatr. No. 11. 1911.*

Verf. selbst hat die intravenöse Behandlung nur in den schwersten Fällen verwendet, und zwar im ganzen in 28 Fällen, von denen aber 22 ausserdem noch subcutane oder intramusculäre Injectionen erhielten; der Gesichtspunkt war der, durch die intravenöse Injection dem auf anderem Wege injicirten Serum Zeit zu gewähren, seine Wirkung zu entfalten, bevor die toxischen Phänomene in Erscheinung treten. Die übrigen Fälle wurden wie bisher mit hohen Dosen (15000 bis 20000 I.-E.) subcutan injicirt, und zwar wurden im Ganzen vom 17. Januar bis 30. April 1911 in der Kinderklinik zu Rom 149 sichere Diphtherien aufgenommen,

von denen 45 als schwere Fälle anzusprechen waren. Während von diesen 45 die 28 schwersten intravenös behandelt wurden, wurden die 17 übrigen, weniger schweren, aber immer noch schweren Fälle subcutan injicirt. Von jenen starben 10 = 35,71 pCt., von diesen 6 = 35,29 pCt., also ein für die intravenöse Injection günstiges Resultat. Noch günstiger wird dieses, wenn man die Zahlen des Vorjahres zum Vergleiche heranzieht, wo nur subcutane Injectionen gemacht wurden, und wo von den 43 schwersten Fällen 79,3 pCt., von den 19 weniger schweren 36,84 pCt. starben; allerdings war im Vorjahr die Epidemie bösartiger.

Von den 28 Injicirten starben 7 an Bronchopneumonie; sie ist die häufigste und schwerste Complication der Diphtherie. Während wir gegen die toxämische Bronchopneumonie der ersten Krankheitstage und gegen die postoperative Form machtlos sind, sind wir es nicht gegen die sich langsam um den 4. bis 6. Krankheitstag sich entwickelnden Formen. Zur Bekämpfung dieser hat Verf. intrapulmonale Injectionen versucht. Er injicirte 3000—5000 I.-E. mit einer langen dünnen Nadel, die er mehrmals in verschiedenen Richtungen einstach; als Einstichstellen wählte er den 8. Intercostalraum, einen Finger breit nach innen von der Linea hemiscapularis. Er verwendete die Methode in 7 Fällen, die alle vorher intravenös injicirt waren, fünf davon waren intubirt, einer auch tracheotomirt. Von 6 Fällen (vom 7. ist der Ausgang nicht bekannt) heilten 4, starben 2, einer 14 Tage später unter Aufflammen der Bronchopneumonie nach einer Tracheotomie, einer nach Besserung der Bronchopneumonie an acuter Nephritis. In 2 Fällen zeigten sich die nach der Injection verschwundenen Symptome nach 4 Tagen wieder, wurden aber gut überwunden. Die Zahl der Fälle ist zu gering, um weitere Schlüsse daraus zu ziehen.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

69) **R. Imhofer** (Prag). **Ueber Schwangerschaftsveränderungen im Larynx.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 4. S. 745. 1912.*

Bei ca. 50 pCt. der Schwangeren entstehen in den oberen Luftwegen, namentlich im Larynx, Schwellungen, deren Prädilectionsstelle die Hinterwand des Larynx ist. Verf. hatte nun Gelegenheit, im pathologisch-anatomischen Institut zu Prag den Kehlkopf von 7 graviden Frauen und 15 Meerschweinchen in verschiedenen Stadien der Gravidität histologisch zu untersuchen und kommt dabei zu folgendem Resultate: Die von Hofbauer gefundenen Veränderungen im Larynx Schwangerer bilden nicht das Wesen der Beeinflussung des Kehlkopfes durch die Gravidität, sondern sind als beim menschlichen Untersuchungsmateriale stets vorkommende, nicht zu vermeidende Nebenbefunde aufzufassen. Die Untersuchung beim Thiere lässt als Schwangerschaftsveränderungen im Larynx Quellung und Auflockerung des Bindegewebes bis zu leichtem Oedem, vermehrte Abstossung und Leukocytendurchwanderung des Epithels finden. Entzündliche Veränderungen gehören nicht zum histologischen Bilde der Schwangerschaftsveränderungen im Larynx. Die Veränderungen im Kehlkopfe bei Schwangeren lassen sich am ehesten mit der von Kreibich beschriebenen vasodilatatorischen Hyperämie der Haut in

Parallele stellen. Diese Veränderungen können eine besondere Prädisposition für die tuberculöse Infection des Kehlkopfes bei Graviden nicht erklären, wohl aber können sie als ein Factor angesehen werden, der den raschen und deletären Verlauf derselben bei Schwangeren verständlich macht.

OPPIKOFER.

70) **G. Bilancioni. Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft. (Tubercolosi laringea e gravidanza.)** *Arch. ital. di Otologia. Vol. XXII. No. 6.*

Die diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine schlechte Prognose. Je später ihre ersten Symptome sich zeigen, desto weniger schlecht ist die Prognose. Die Mortalität der von larynx-tuberculösen Müttern geborenen Kinder ist sehr gross. In wohlhabenden Familien ist die Prognose für die Mütter weniger und für die Kinder erheblich weniger trübe. In Fällen von auch leichter Larynxtuberculose ist Ehe und Schwangerschaft absolut zu verbieten

CALAMIDA.

71) **Silvio von Ruck. Die rationelle Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The rational treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Medical record. 17. Juni 1911.*

Als rationelle Behandlung betrachtet Verf. die Curettage und vor Allem specifische Behandlung. Das angewandte specifische Mittel besteht in wässerigem Extract der Tuberkelbacillen, einer Lösung des intracellulären Proteids des Bacillus in Wasser.

EMIL MAYER.

72) **G. Hicguet. Rachen- und Kehlkopfherpes. (Herpès pharyngo-laryngé.)** *La policlinique. No. 3. 1911.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 2. December 1910 stellt Verf. einen Kranken von 43 Jahren vor mit typischen Herpesbläschen auf dem Zäpfchen, den vorderen und hinteren Gaumenbögen und auf der hinteren Pharynxwand. Mit dem Laryngoskop sieht man ferner dieselben Bläschen auf dem freien Epiglottisrand und auf deren Basis links einen grösseren Fleck; sodann solche auf dem rechten wahren und falschen Stimmband; eine viel grössere Blase ca. 2 cm gross auf dem rechten Arytaenoidknorpel — Dysphagie hervorrufend.

Innerlich Aspirin und eine locale antiseptische Behandlung führen die Heilung herbei. Sollte es sich da nicht um eine Pharyngolaryngitis aphthosa gehandelt haben, wie der Referent deren ein paar zu gleicher Zeit beobachtet hat?

BAYER.

73) **Frank** (Kassel). **Demonstrationen.** *Med. Klinik. No. 5. 1912.*

1. Stück vom hinteren Drittel der linken Stimmlippe wegen Tuberculose endolaryngeal entfernt.

2. Endolaryngeale Entfernung eines tuberculösen Tumors der Kehlkopfhinterwand.

3. Stecknadelkopfgrosses Fibrom von der linken Stimmlippe eines 37 jährigen Mannes.

4. Haselnussgrosses Papillom der linken Stimmlippe bei einer 76 jährigen Frau.

SEIFERT.



74) **Schröder** (Schömberg). **Ueber Dauererfolge bei Larynxtuberculose.** *Verhandl. der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte. VI. Versamml. Düsseldorf. 3. bis 4. Sept. 1911.*

Es ist Pflicht der Volksheilstätten, noch heilbare Larynxphthisiker zu behandeln.

Es wurden nach allen Larynxtuberculösen, die in Schömberg während der Jahre 1899—1908 länger als einen Monat behandelt waren, an der Hand eines Fragebogens Nachforschungen angestellt, der an den Patienten, den Hausarzt und wenn möglich noch einen Laryngologen geschickt wurde; der Patient wurde gebeten, sich von einem solchen untersuchen zu lassen.

Von 291 Larynxtuberculösen waren 170 gestorben, meist an Lungenleiden und deren Folgen; die Larynxtuberculose war in sieben Fällen die Todesursache. 80 waren dauernd geheilt; 12 lebten noch, waren aber ungeheilt, von 29 war nichts zu eruiren. Bei den 80 Geheilten (31 pCt.) war in der Hälfte der Fälle der Erfolg von einem Laryngologen bestätigt, bei 19 nur von dem Hausarzt, bei 17 Fällen war er nach den Angaben der Kranken und ihrer Angehörigen sicher anzunehmen.

Unter den Behandelten waren doppelt so viel Männer, als Weiber; von den Männern heilten aber 33 pCt., von den Frauen 26 pCt., was Verf. auf den deletären Einfluss des Puerperiums schiebt. Nicht erblich Belastete gaben ein doppelt so gutes Resultat, als die Belasteten. Ueber die Hälfte der geheilten Fälle gehörten dem 2. Stadium der Lungentuberculose an, 18,5 pCt. sogar dem dritten.

Zwei Momente spielen eine grosse Rolle für den Erfolg: Fieber und Vorhandensein offener Herde in den Lungen. Von den Geheilten hatten 49 pCt. Fieber gehabt, von den nicht Geheilten 90 pCt. Von den offenen Tuberculosen heilten 25,8 pCt., von den geschlossenen 57 pCt. (Dass es sich in 40 pCt. aller in S. behandelten Fälle von Larynxtuberculose um geschlossene Tuberculosen handelt, spricht gegen die ätiologische Bedeutung des den Larynx passirenden Sputums.)

Die klinische Form der Larynxtuberculose ist von grösster Bedeutung! Von den Geheilten hatten eine vorwiegende ulceröse Form 45, infiltrative Form 31, tumorige 4.

Was die Behandlung betrifft, so darf, solange Fieber oder Fieberneigung besteht, solange der Kräftezustand der Kranken stark reducirt ist, nur conservativ behandelt werden. Am besten eignen sich für Volksheilstätten die fieberlosen Fälle von Larynxtuberlose, bei denen der Process im Kehlkopf noch mehr oder weniger localisirt ist. Dieser Kranken sollten sie sich mit gleicher Energie annehmen, wie der nur an der Lunge Erkrankten, nur ist die Curdauer bei ihnen von vorn herein länger zu bemessen.

Die Prognose der Larynxtuberculose richtet sich in erster Linie nach der Prognose der gleichzeitig bestehenden Lungentuberculose. FINDER.

75) **S. A. Pfannenstill. Behandlung der Kehlkopftuberculose und anderer localinfectiöser Affectionen mit Jodnatrium und Ozon resp. H_2O_2. (Larynx-Tuberkulosens och andre lokal infektiösa affektioners behandling med jodnatrium och ozon resp. vätesuperoxid.)** *Nordisk Tidsskrift for Terapi. 5 Hefte. 1912.*

Verf. hat diese neue Behandlung zum ersten Mal in einem Vortrage im Malmöer

Aerzteverein am 10. Februar 1910 besprochen. Sie beruht auf dem Princip, dass das antiseptische Mittel in dem kranken Gewebe gebildet wird, wodurch eine Wirkung in die Tiefe erreicht wird. Sie kann nur bei localen Processen Anwendung finden. Verf. hat 16 Fälle von tuberculöser Laryngitis behandelt. Alle Patienten hatten gleichzeitig Lungentuberculose. 11 von diesen 16 wurden vollständig geheilt. Er ist der Ansicht, dass diese Methode bei leichteren Fällen zu guten Resultaten führe, sowie dass sie bei vorgeschrittenen schweren Formen der Krankheit vorbeugend wirke.

E. SCHMIEGELOW.

76) **Killian** (Berlin). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Med. Klinik. No. 14. 1912.*

In dem Vortrage empfiehlt Verf. bei dicken Tumoren und Papillomen den Grünwald'schen galvanokaustischen Tiefenstich. Statt der Laryngofissur und statt der Totalexstirpation des Larynx empfiehlt er die Behandlung des Larynx in der sogenannten Schwebelaryngoskopie, in welcher der Larynx besonders gut zugänglich ist.

SEIFERT.

77) **Hutter** (Wien). **Kehlkopftuberculose, Tuberculin und Localbehandlung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1912.*

Der unmittelbare Einfluss des Tuberculins auf den Schleimhautprocess war ein negativer, oft im Gegensatz zur Allgemeinwirkung ein ungünstiger. Die specifische Behandlung ist bei Tuberculose mit prägnanten Symptomen erst empfehlenswerth, wenn der Indication der Localaffection Genüge gethan ist oder wenn Stillstand der letzteren und geringe örtliche Beschwerden, Fieber und schlechter Allgemeinzustand vorerst eine Allgemeinbehandlung gebieten. Gerade bei initialen Fällen mit günstiger Gesammtconstitution ist die locale chirurgische Behandlung entschieden überlegen.

O. CHIARI.

78) **A. Meyer** (Berlin). **Die ambulante Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 5. S. 35. 1912.*

Da manche Heilstätte keinen ausgebildeten Halsarzt besitzt und vielen Kehlkopftuberculösen ein längerer Sanatoriumaufenthalt zu theuer zu stehen kommt, so muss oft auf eine Anstaltsbehandlung verzichtet werden. Die ambulante Therapie besteht dann in Localchirurgie und Tuberculinbehandlung.

Höheres Fieber, Hämoptoe contraindiciren eine Tuberculincur; vorgerückte Lungentuberlose verspricht keinen Erfolg. Verf. verwendete ausschliesslich das Alt-Tuberculin. Er begann mit 0,01 cmm. Der Grad und die Schnelligkeit der Steigerung der Tuberculinmenge werden vom Verf. eingehend besprochen; diese richten sich nach der localen und allgemeinen Reaction. Eine entzündliche locale Reaction ist zur Ausheilung der tuberculösen Herde nothwendig; nur darf sie nicht zu stark sein, und es müssen deshalb Kehlkopf und Lunge während der Tuberculincur überwacht werden. Nach etwa 3 Monaten erreichte die Steigerung durchschnittlich 0,5 ccm, nach etwa 4 Monaten 1 ccm reines Tuberculin, die grösste Dosis, die Verf. verabreichte. Die Allgemeinreaction war gewöhnlich nicht stark, meist nicht über 38°. Die Localreaction auf den Lungen äusserte sich in einer geringen Zu-

nahme der Rasselgeräusche und im Kehlkopf in einer mässigen Hyperämie und einer leichten Auflockerung der Gewebe. Die Zahl der behandelten Fälle wird nicht angegeben, und es fehlen nähere Angaben über die Enderfolge; Verfasser macht nur die Mittheilung, dass die Lunge meist günstig beeinflusst wurde, aber nur in 3 Fällen eine Ausheilung zu Stande gekommen sei.

Zur localen Behandlung empfiehlt Verf. vor Allem die Galvanokaustik und die Milchsäure, für tiefere Infiltrate und Tumoren auch die schneidenden Instrumente.

OPPIKOFER.

79) **Hajek** (Wien). **Therapie der Kehlkopftuberculose.** *Med. Klinik. No. 10. 1912.*

Bei der Indicationsstellung zur chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose muss man vorsichtig abwägen und vor Allem das Allgemeinbefinden berücksichtigen; das Curettement bei schlechtem Allgemeinzustande würde als ein Fehler zu bezeichnen sein. Die Galvanokaustik sieht Hajek als ein die chirurgische Behandlung ergänzendes Mittel an. Von der extralaryngealen Behandlung empfiehlt er bei einer ausgesprochenen hochgradigen tuberculösen Affection des Kehlkopfes bei relativ gutem Zustande der Lungen und des Allgemeinbefindens die frühzeitige Tracheotomie, während von der Laryngofissur nicht viel zu erwarten ist.

SEIFERT.

80) **Bouvier** (Giessen). **Daueranalgesie bei Kehlkopftuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. S. 1728. 1911.*

Günstige Erfahrungen in 8 Fällen mit der Hoffmann'schen Methode der Alkoholinjectionen in den Ramus laryngeus superior.

ZARNIKO.

81) **J. Solis Cohen. Fortschritte in der Behandlung des Kehlkopfcarcinoms seit Bestehen der amerikanischen Laryngologenvereinigung. (Progress in the treatment of laryngeal carcinoma since the organization of the american laryngological association.)** *The Laryngoscope. Juli 1911.*

Cfr. Verhandlungen der Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1911.

EMIL MAYER.

82) **St. Clair Thomson. Carcinom des Larynxinnern. (Intrinsic carcinoma of the larynx.)** *Brit. med. journal. 17. Febr. 1912.*

Es wird über 10 Fälle ausführlich berichtet, die in den Jahren 1900—1910 operirt wurden. Alle Patienten waren Männer, ihr Alter variirte von 43 bis 68. Fünf waren unter 50 Jahre alt. Alle Fälle wurden mittels Laryngofissur operirt, in einem Falle musste später wegen Recidivs die Totalexstirpation gemacht werden. Zur Zeit der Publication sind 5 Fälle noch am Leben, bei denen die seit der Operation verflossene Zeitdauer beträgt: $7^1/_2$, 4, 3, 2, 2 und 1 Jahr.

Ein Fall starb 15 Monate nach der Operation an einer intercurrenten Krankheit, einer 3 Jahre nach der Operation an Zungenkrebs und einer an localem Recidiv.

In den beiden Fällen von localem Recidiv trat dies innerhalb des ersten Jahres auf.

Das prominenteste Symptom war Heiserkeit; es bestand seit 3 Monaten bis 2 Jahren. In keinem Falle waren die Cervicaldrüsen erkrankt. In allen Fällen war der Charakter der Erkrankung durch histologische Untersuchung erwiesen.

Verminderte Beweglichkeit des Stimmbandes bestand in 5 Fällen. In den ersten 4 Fällen wurde die Hahn'sche Canüle gebraucht, in den späteren nicht mehr. In allen Fällen bis auf einen, in dem locale Anaesthesie angewandt wurde, operirte Verf. in Chloroformnarkose. In zwei Fällen entwickelte sich nach der Operation eine kleine Granulationsgeschwulst, die intralaryngeal entfernt wurde.

A. J. WRIGHT.

83) **Robert H. Craig. Fall von Kehlkopfexstirpation. (Case report of exstirpation of the larynx.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryngol. Sept. 1911.*

Der Fall endete mit Heilung. Es wurde auch Radium angewandt und Verf. ist geneigt, diesem einen verzögernden Einfluss auf die Entwicklung der Geschwulst und einen vorbeugenden in Bezug auf die Entstehung von Metastasen zuzuschreiben.

EMIL MAYER.

84) **Poppi. Ueber Kehlkopfkrebs. (Sul cancro della laringe.)** *Arch. ital. d'otol. No. 2. 1912.*

Verf. berichtet über 6 Fälle: Fall I Totalexstirpation, am 3. Tage Tod in Folge Pneumonie. Fall II Laryngofissur. Recidiv nach 1½ Jahren; Tracheotomie; nach 4 Monaten Exitus wegen Bronchopneumonie. Fall III Totalexstirpation. Suicid 20 Tage nach der Operation. Fall IV Radicaloperation verweigert. Tracheotomie, nach 2 Jahren noch leidliches Wohlbefinden. Der Tumor füllt den ganzen Larynxeingang aus. Fall V Tracheotomie wegen Athemnoth, am folgenden Tage plötzlicher Exitus. Fall VI Radicaloperation verweigert, nach 7 Monaten noch leidliches Wohlbefinden.

CALAMIDA.

85) **R. C. Plummer. Exstirpation des Kehlkopfs wegen maligner Erkrankung. (Excision of the larynx for malignant disease.)** *The physician and surgeon. Nov. 1911.*

62jähriger Mann, seit 2 Jahren allmählich stärker werdende Heiserkeit. Abmagerung, cyanotisches Aussehen, Athemnoth. Laryngoskopischer Befund: Infiltration des linken Stimmbandes und der Basis des linken Aryknorpels und erhebliches Oedem über der Basis der Epiglottis in der Mittellinie. Beide Ventrikel erfüllt mit einer papillomatösen Masse, die das rechte Stimmband ganz, das linke theilweise bedeckt und die auch den subglottischen Raum zum Theil einnimmt. In der Regio submaxillaris einige Drüsen. Histologische Diagnose: Plattenzellenkrebs. Totalexstirpation des Kehlkopfs. Heilung.

EMIL MAYER.

86) **Marschik** (Wien). **Larynxcarcinom.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 8. März 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1912.*

Zwei Fälle nach der Methode von Gluck operirt. Ausführliche Beschreibung der Vortheile der Gluck'schen Methode durch möglichste Verhütung der drei Hauptgefahren bei der Resection der Halsorgane: Aspirationspneumonie, Wund-

infection mit folgender Arrosion der grossen Gefässe oder Mediastinitis und Herztod durch Shockwirkung in Folge Zerrens am Vagusstamme und seinen Aesten in der Pharynx- und Larynxschleimhaut. Nach genauer Beschreibung der beiden an der Klinik von Hofrath Chiari derart operirten Fälle betont Verf. noch die auffallend kurze Dauer der Nachbehandlung bei dieser Methode gegenüber allen anderen.

HANSZEL.

87) E. Stori. **Ueber einen Fall von Laryngectomie in zwei Zeiten. (Sopra un caso di laringectomia totale in due tempi.)** *Arch. ital. di otol. No. 2. 1912.*

Der Kehlkopf wird vom Pharynx und der Membrana hyoidea abgelöst, jedoch aus seiner Verbindung mit der Trachea nicht getrennt. Dann wird mit Herunterschlagen des vorher gebildeten Lappens nach Durante der pharyngo-oesophageale Canal reconstruirt. Der so isolirte Larynx bleibt aussen von der Haut, er functionirt gleichsam als Canüle und wird so spät wie möglich (im mitgetheilten Falle nach 12 Tagen) abgetrennt, nämlich dann, wenn die Wunde sich bereits in einem derartigen Zustande der Vernarbung befindet, dass die Gefahr der Infection der Luftwege ausgeschlossen ist.

Dass der Larynx zuerst in situ belassen wird, soll nach Verf. den Vorzug haben, dass ein Eindringen der Secrete in die Trachea absolut vermieden und so die Gefahr einer Schluckpneumonie ausgeschaltet wird; dass ferner der Husten, der die constanteste Qual der Operirten bildet, ausgeschaltet wird. Ferner ist das Schlucken von Flüssigkeiten vom 2. Tage an auf diese Weise ohne Sonde leicht und gefahrlos.

CALAMIDA.

88) A. Hartmann (Heidenheim). **Erschwertes Decanulement durch Vernähung der oberen Knorpelränder nach aussen zu beseitigen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. 1911.*

Verf. konnte in einem bereits einmal vergeblich nachoperirten Falle das Hinderniss (einwärts gedrängte Knorpelränder) durch Freilegung und Vernähung mit den bedeckenden Weichtheilen beseitigen, wonach schnelle Heilung erfolgte.

ZARNIKO.

f. Schilddrüse.

89) Ledoux. **Substernaler Cystenkropf. (Goitre kystique plongeant.)** *Annal. de la policlinique centrale de Bruxelles. 12. Dec. 1911.*

Der seit 2 Jahren bestehende zuerst mit entleerender Punction behandelte orangegrosse Tumor recidivirte nach 6 Monaten. Darauf Operation, welche in der Entfernung des ausserhalb des Brustkorbs gelegenen Theils des Cystenbalgs und der Ausstülpung des Restes mit Annähen der Ränder an die Haut im Niveau der Fossa suprasternalis bestand. Heilung.

M. PARMENTIER.

90) R. Mc Carrison. **Die Vaccinebehandlung des einfachen Kropfes. (The vaccine treatment of simple goitre.)** *Lancet. 10. Febr. 1912.*

33 Fälle wurden in Gilgit (Indien) mit einer aus den Faeces hergestellten

Vaccine behandelt, die entweder einen Bacillus coliformis, einen sporentragenden Bacillus oder eine Varietät des Staphylococcus enthielt. Es wurden nur Fälle mit einfacher parenchymatöser Hypertrophie behandelt. Alle Fälle wurden erheblich gebessert oder geheilt und jede Art Vaccine war fast in gleicher Weise wirksam.

Die vom Verf. gegebene Erklärung ist die, dass die Vaccine nicht einen specifischen Organismus darstellt, sondern dass seine Wirkung bedingt wird durch verringerte Intestinaltoxämie. Die Thyreoidea neutralisirt in der Norm die resorbirten Intestinaltoxine. Wahrscheinlich beruht der Kropf auf einem specifischen Organismus; wenn die Intestinaltoxämie verringert ist, wird er unschädlich.

A. J. WRIGHT.

91) **W. M. van der Scheer** (Meerenberg). **Katatonie und partielle Thyreoidectomie.** *Nederlandsch Tijdschrift v. Geneesk. No. 1. S. 1939. 1911.*

Berkley hat zuerst, auf Grund der Uebereinstimmung der somatischen Erscheinungen bei Katatonie und bei Morbus Basedowii, in einigen Fällen von Katatonie die Schilddrüse theilweise entfernt (Folia neurobiologica, 1909). Verf. hat 7 Fälle operiren lassen. Fall I, 19jähriges Mädchen mit Katatonie und Morbus Basedowii wurde operirt mit dem Resultat, dass bis jetzt beide Krankheiten vollständig heilten. Fall II zeigt gleichfalls deutliche Besserung, doch ist der Fall noch zu frisch. In den Fällen III und IV wurde die Operation von zeitweiser Besserung gefolgt, es fielen aber die Patienten allmählich wieder in den früheren Zustand zurück. In drei Fällen, von welchen der eine auch Struma hatte, ist gar kein Effect der Operation gesehen worden.

In der Discussion berichtet van Campen über einen von ihm operirten Fall von Katatonie und Struma, in welchem nach anfänglicher bedeutender Besserung die frühere Imbecillität zurückgekehrt ist, während die katatonischen Erscheinungen verschwunden sind.

H. BURGER.

92) **Taussig. Ueber Kropf und Cretinismus in Bosnien.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 1. December 1911. *Klin. Wochenschr. No. 49. 1911.*

Inhalt aus der Ueberschrift ersichtlich.

HANSZEL.

93) **Baruch** (Breslau). **Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basedowii.** *Centralbl. f. Chir. No. 10. 1912.*

Durch intraperitoneale Injection eines Organbreies von menschlichen Strumen, die aber nicht von Basedow-Kranken stammten, gelang es bei Hunden, typischen Basedow zu erzeugen.

SEIFERT.

94) **V. Widehen. Der Basedowkropf und seine chirurgische Behandlung. (Du goître exophtalmique; son traitement chirurgical.)** *Dissert. Paris 1910.*

Empfehlung der Excision der Basedowstruma und Beschreibung des Verfahrens. 5 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

95) **J. Le Gras de Vaubercey. Die einseitigen Augensymptome beim Basedow. (Les symptômes oculaires unilatéraux dans le goître exophtalmique.)** *Dissert. Paris 1909.*

An Hand von zwei Krankengeschichten weist Verf. darauf hin, dass bei sonst typischen Basedowkranken die Augensymptome nur einseitig auftreten können. Bei dem einen Fall war dann 8 Jahre später der Exophthalmus beiderseitig.

OPPIKOFER.

96) **L. Puzin. Beitrag zum Studium der Häufigkeit, des Verlaufes und der Prognose der Basedowerkrankung. (Contribution à l'étude de la fréquence, de l'évolution et du pronostic du goître exophtalmique chez l'homme.)** *Dissert. Lyon 1910.*

Die Basedowerkrankung ist viel seltener beim Mann als bei der Frau, aber bei dem ersteren entschieden viel bösartiger. Genaue Beschreibung des Krankheitsbildes, ohne wesentlich Neues zu bringen. OPPIKOFER.

g. Oesophagus.

97) **F. Eisler** (Wien). **Die Lage der Speiseröhre in der Brusthöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1912.*

Die Lage des Oesophagus in der Brusthöhle ist nicht bei allen Individuen gleich; sie hängt vom Bau des Brustkorbes, von der Lage des Herzens und der grossen Gefässe und von dem Stande des Zwerchfelles ab. Bei lang gestrecktem Thorax, median gestelltem Herzen und Tiefstand des Zwerchfelles verläuft die Speiseröhre gestreckt in der Mittellinie des Körpers bis zum unteren Theile wo sie links abbiegt. Bei kürzerem Thorax, horizontal gelagertem Herzen und Hochstand des Zwerchfelles verläuft der Oesophagus geschlängelt mit einer starken Ausbuchtung im mittleren Antheile nach rechts. Bei der Inspiration streckt sich die Speiseröhre, bei der Exspiration schlängelt sie sich. O. CHIARI.

98) **Ino Kubo** (Fukuoka, Japan). **Tracheal- und Oesophagusstenose durch einen Senkungsabscess bei Brustwirbelcaries, durch Tracheoskopie und Oesophagoskopie diagnosticirt und operirt; Entlassung mit Besserung.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Die Operation wurde mittels König'scher Canüle vorgenommen und bestand im Auspumpen des Eiters (ca. 50 ccm Totalmenge). — Die Nadel wurde in Höhe von 19 cm 2 cm tief in die geschwollene Oesophgealwannd eingestochen, die Operation dauerte $4^1/_2$ Stunde. Abbildungen. W. SOBERNHEIM.

99) **Guisez. Die entzündlichen Oesophagusstenosen. (Les sténoses inflammatoires de l'oesophage.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XX. No. 2. 1912.*

Auf diese von Guisez schon viel behandelte Frage kommt der Autor heute wieder zu sprechen, um namentlich auszuführen, dass es zwei Arten der entzündlichen Stenosen des Oesophagus giebt: die narbig stenosirende Form, die allerhäufigste und die hypertrophische, vom Autor am häufigsten beschriebene Form.

Vaccine behandelt, die entweder einen Bacillus coliformis, einen spore Bacillus oder eine Varietät des Staphylococcus enthielt. Es wurde mit einfacher parenchymatöser Hypertrophie behandelt. Alle Fälle lich gebessert oder geheilt und jede Art Vaccine war fast i wirksam.

Die vom Verf. gegebene Erklärung ist die, dass die V specifischen Organismus darstellt, sondern dass seine Wirkung verringerte Intestinaltoxämie. Die Thyreoidea neutralisirt i birten Intestinaltoxine. Wahrscheinlich beruht der Kropf Organismus; wenn die Intestinaltoxämie verringert ist, wi

91) **W. M. van der Scheer** (Meerenberg). **Katatoni ectomie.** *Nederlandsch Tijdschrift v. Geneesk.* N

Berkley hat zuerst, auf Grund der Uebereins scheinungen bei Katatonie und bei Morbus Basedowii, die Schilddrüse theilweise entfernt (Folia neurobio operiren lassen. Fall I, 19jähriges Mädchen mit wurde operirt mit dem Resultat, dass bis jetzt be ten. Fall II zeigt gleichfalls deutliche Besserung In den Fällen III und IV wurde die Operation es fielen aber die Patienten allmählich wieder drei Fällen, von welchen der eine auch Strun ration gesehen worden.

In der Discussion berichtet van Cam von Katatonie und Struma, in welchem na die frühere Imbecillität zurückgekehrt ist, v verschwunden sind.

92) **Taussig. Ueber Kropf und Cretin** Aerzte in Wien, Sitzung vom 1. Decem

Inhalt aus der Ueberschrift ersic

...skop ...dlung d

TAPIA.

93) **Baruch** (Breslau). **Zur experi** *Centralbl. f. Chir. No. 10. 191*

Durch intraperitoneale Injec men, die aber nicht von Basedow- schen Basedow zu erzeugen.

...**er Oesophagoskopie. oesophagoscopie.)**

...all von Aortenaneurysma, bei ...mas hochgradig verdünnt er- ...oskopie in diesen Fällen. Sie soll ...öntgenaufnahmen die Diagnose An-

GONTIER de la ROCHE.

94) **V. Widehen. Der Basedo goitre exophtalmique; son**

Empfehlung der Excisi fahrens. 5 Krankengeschich

95) **J. Le Gras de Vaubercey. Die einseitigen Augensymptome beim Basedow. (Les symptômes oculaires unilatéraux dans le goître exophtalmique.)** *Dissert. Paris 1909.*

An Hand von zwei Krankengeschichten weist Verf. darauf hin, dass bei sonst typischen Basedowkranken die Augensymptome nur einseitig auftreten können. Bei dem einen Fall war dann 8 Jahre später der Exophthalmus beiderseitig.

OPPIKOFER.

96) **L. Puzin. Beitrag zum Studium der Häufigkeit, des Verlaufes und der Prognose der Basedowerkrankung. (Contribution à l'étude de la fréquence, de l'évolution et du pronostic du goître exophtalmique chez l'homme.)** *Dissert. Lyon 1910.*

Die Basedowerkrankung ist viel seltener beim Mann als bei der Frau, aber bei dem ersteren entschieden viel bösartiger. Genaue Beschreibung des Krankheitsbildes, ohne wesentlich Neues zu bringen.

OPPIKOFER.

g. Oesophagus.

97) **F. Eisler** (Wien). **Die Lage der Speiseröhre in der Brusthöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1912.*

Die Lage des Oesophagus in der Brusthöhle ist nicht bei allen Individuen gleich; sie hängt vom Bau des Brustkorbes, von der Lage des Herzens und der grossen Gefässe und von dem Stande des Zwerchfelles ab. Bei lang gestrecktem Thorax, median gestelltem Herzen und Tiefstand des Zwerchfelles verläuft die Speiseröhre gestreckt in der Mittellinie des Körpers bis zum unteren Theile wo sie links abbiegt. Bei kürzerem Thorax, horizontal gelagertem Herzen und Hochstand des Zwerchfelles verläuft der Oesophagus geschlängelt mit einer starken Ausbuchtung im mittleren Antheile nach rechts. Bei der Inspiration streckt sich die Speiseröhre, bei der Exspiration schlängelt sie sich.

O. CHIARI.

98) **Ino Kubo** (Fukuoka, Japan). **Tracheal- und Oesophagusstenose durch einen Senkungsabscess bei Brustwirbelcaries, durch Tracheoskopie und Oesophageskopie diagnosticirt und operirt; Entlassung mit Besserung.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Die Operation wurde mittels König'scher Canüle vorgenommen und bestand im Auspumpen des Eiters (ca. 50 ccm Totalmenge). — Die Nadel wurde in Höhe von 19 cm 2 cm tief in die geschwollene Oesophgealwannd eingestochen, die Operation dauerte $4^1/_2$ Stunde. Abbildungen.

W. SOBERNHEIM.

99) **Guisez. Die entzündlichen Oesophagusstenosen. (Les sténoses inflammatoires de l'oesophage.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XX. No. 2. 1912.*

Auf diese von Guisez schon viel behandelte Frage kommt der Autor heute wieder zu sprechen, um namentlich auszuführen, dass es zwei Arten der entzündlichen Stenosen des Oesophagus giebt: die narbig stenosirende Form, die allerhäufigste und die hypertrophische, vom Autor am häufigsten beschriebene Form.

Diese letztere Form kann entweder als einfacher, nervöser Spasmus oder, wie so häufig mit Wucherungen der Schleimhaut vergesellschaftet, als Krebs der Speiseröhre missdeutet werden. Als Ursache sind mangelhaftes Kauen, Druck auf die Speiseröhre von unten und namentlich Alkoholismus zu betrachten. Es ist durch die vielfachen Publicationen von Guisez bekannt, dass in Folge dieser Oesophagitis, wenn sie im Bereich des Speiseröhrenmundes sitzt, es zur Divertikelbildung, und wenn sie im Bereich der Cardia sitzt, zur Dilatation kommt. Im Anschluss an diese Ausführungen werden 13 Krankengeschichten mitgetheilt, die ein sehr deutliches Bild über die verschiedenen Formen der Oesophagitis mit und ohne Divertikelbildung und deren Behandlung geben. LAUTMANN.

100) **Lotheissen** (Wien). **Zur Behandlung der Speiseröhrenstricturen, insbesondere bei Sondirung ohne Ende.** *Wiener med. Wochenschr. No. 2. 1912.*

Empfehlung von Metallsaiten an Stelle der Darmsaiten. HANSZEL.

101) **P. S. Hickens. Ein eigenthümlicher Fall von Speiseröhrenerweiterung. (A peculiar case of oesophageal dilatation.)** *Brit. med. journal. 17. Febr. 1912.*

Ein 33jähriger Zwerg hatte seit Jahren Schmerzen und Erbrechen nach dem Essen. Eine Bougie stiess 42 cm von den Zähnen auf Widerstand. Er brach schliesslich alle Nahrung aus und magerte sehr ab. Eine Röntgenaufnahme nach Wismuthspeise schien ein Oesophagusdivertikel rechts von der Wirbelsäule zu zeigen. Tod 8 Monate später. Die Section ergab, dass die Speiseröhre erheblich erweitert war und rechts von der Wirbelsäule lag. Die Muskelwand war verdickt, die Schleimhaut erschien normal.

Um zum Magen zu gelangen, kreuzte die Speiseröhre die Wirbelsäule in einem rechten Winkel und bildete so eine Schleife. Es handelte sich um eine angeborene Bildung oder eine idiopathische Dilatation mit daraus resultirender Verlagerung. Es bestand keine Stenose. A. J. WRIGHT.

102) **M. Morales. Die neue durch die Oesophagoskopie geschaffene Pathologie des Oesophagus. (La nueva patologia del esofago creada por la esofagoscopia.)** *Bulletin de Cirurgia. Vol. I. No. 8.*

Verf. bespricht die verschiedenen Anwendungsweisen der Oesophagoskopie und die dadurch bedingten Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Speiseröhrenerkrankungen. TAPIA.

103) **Vayssiere. Aneurysma des Aortenbogens. Gefahren der Oesophagoskopie. (Aneurysme de la crosse de l'aorte. Dangers de l'oesophagoscopie.)** *Le Larynx. No. 6. 1911.*

Im Anschluss an einen zur Section gelangten Fall von Aortenaneurysma, bei dem die Oesophaguswand im Niveau des Aneurysmas hochgradig verdünnt erschien, erörtert Verf. die Gefahren der Oesophagoskopie in diesen Fällen. Sie soll nie gemacht werden, bevor man nicht durch Röntgenaufnahmen die Diagnose Aneurysma ausschalten kann. GONTIER de la ROCHE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Brückner** (Königsberg). **Nase und Auge in ihren wechselseitigen pathologischen Beziehungen.** Würzburger Abhandlungen. Bd. XII. Heft 2/3. Verlag Kabitzsch. 1911.

So sicher der Zusammenhang von Nasen- und Augenleiden ist, so sicher wird er nicht selten überschätzt.

Die anatomischen Beziehungen beider Organe beruhen in ihrer engen Nachbarschaft, indem die Orbita innen, oben und unten mit den Sinus und der Thränennasencanal mit dem Rec. praelacrimal. der Kieferhöhle in Contact steht und die hinteren Nebenhöhlen mit dem Chiasma optic., wobei die trennenden Knochenwände durch Defecte noch directe Verbindungen herstellen können. Die wichtigsten Beziehungen per continuitatem zwischen Nase und Auge bieten die thränenabführenden Wege. Von grosser Bedeutung sind die venösen, arteriellen, lymphatischen und Nervenverbindungen. Gegen diese anatomischen Beziehungen treten die physiologischen zurück. Ebenso wie fremde Bestandtheile (Bakterien) vom Bindehautsack in die Nase gelangen können, können auch besonders beim Schneuzen feinste Partikelchen aus ihr in die Thränenwege geschleudert werden.

Reflexe von der Nase machen am Auge vasomotorische oder secretorische Erscheinungen, solche vom Auge in der Nase Niesen (nach Blendung).

Es giebt gleichzeitige Nasen- und Augenerkrankungen ohne causale Abhängigkeit, so Infektionskrankheiten, Lues, Tuberculose, ferner Heufieber und Scrophulose, Erkrankungen der Hypophyse, Nasenrachentumoren, Pemphigus und Verletzungen. Während bei causal in Zusammenhang stehenden Augen- und Nasenleiden meistens die Nase als das primär erkrankte Organ anzusprechen ist, zieht das Auge nur sehr selten secundär die Nase in Mitleidenschaft. Letzteres ist der Fall, wenn Krankheitsprocesse durch die Thränenwege sich nach der Nase fortpflanzen oder nach Zerstörung des Orbitalgewebes in die Nebenhöhlen oder das Cavum nasi einbrechen (insbesondere maligne Tumoren).

Die Augenerkrankungen, die ihren primären Sitz in der Nase haben, sind solche des thränenableitenden Apparates, manche Erkrankungen der Orbita und solche des Sehnerven und der übrigen Augennerven, wobei es sich um ein continuirliches Uebergreifen handelt, während die Zahl derer mit indirectem Uebertragungsmodus (Reflexneurose, auf dem Blutwege oder über andere Organe) nur klein ist.

Thränensackerkrankungen können von der Nase continuirlich, durch Metastasen, wobei der Luftstrom als Infectionsträger dient, oder durch Verschluss in der Gegend des Ostium naso-lacrimale bedingt werden. Für letztere Möglichkeit ist ein beweisendes Beispiel die Dacryocystoblennorrhoe der Neugeborenen, die nach Freilegung des Canals heilt. Ebenso können andere obturirende Factoren die Ursache abgeben. Schwellungszustände an der unteren Muschel, Deviationen u. a. können Thränenträufeln erzeugen und bei längerem Bestand die Gefahr einer secundären Infection. Andererseits kommen Thränensackeiterungen ohne diese Nasenaffectionen und diese ohne jene vor. Eine Behinderung der

Thränenabfuhr bei Rhinitis atrophica kann man sich so erklären, dass auch die Thränenkanalschleimhaut atrophisch und so die Gefahr der Infection gesteigert wird. Von der Nase auf die Thränenwege fortgeleitet werden weiter Tuberculose, Sklerom, Syphilis, Diphtherie. In einer beschränkten Zahl von Fällen ist die Entstehung der Thränensackeiterungen auf eine Erkrankung des Siebbeins zurückzuführen; die adenoiden Vegetationen spielen vielleicht eine gewisse ätiologische Rolle für Thränensackerkrankungen. Aeussere Augenerkrankungen, chronische Bindehautkatarrhe, Herpeseruptionen u. a. stehen ebenfalls mit Nasenleiden im causalen Zusammenhang.

Erkrankungen des Orbitalinhalts können seitens der angrenzenden Nasenabschnitte hervorgerufen werden durch mechanische Momente (Verdrängung) und durch Uebergreifen entzündlicher Processe. Erstere kommen in Frage bei Tumoren und Mucocelen. Findet sich diese in der Stirnhöhle, so wird das Auge nach unten und aussen verdrängt, ist das Siebbein betroffen, mehr temporal, bei Erkrankung des Siebbeins nach vorne; immerhin ist die Diagnose Mucocele und ihre Localisation nicht leicht. Die malignen Tumoren verursachen neben Verdrängungserscheinungen Zerstörungen an den Orbitalgebilden. Mechanische Schädigungen derselben können durch ein Emphysem der Orbita zu Stande kommen, das stets auf Verletzungen der Lamina papyracea zurückzuführen ist (auch nach endonasalen Operationen, Durchbruch von Tumoren).

Durch Fracturen der knöchernen Wandungen kann auch ein Exophthalmus zu Stande kommen.

Entzündliche Erkrankungen im Anschluss an Nebenhöhlenleiden entstehen durch Uebergreifen der Entzündung per continuitatem, durch eine fortschreitende Entzündung auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen oder der Metastase. So lange bei dem Durchbruch durch den Knochen das Periost der Orbita Widerstand leistet, entsteht zunächst ein subperiostaler Abscess (häufigste Orbitalerkrankung), der sich meist nach vorne senkt, seltener nach innen durchbricht, ohne dass es zu makroskopisch sichtbaren Knochenveränderungen (mikroskopisch entzündlich infiltrirt) zu kommen braucht. Bei Benutzung des Venenweges (Thrombo- und Periphlebitis) seitens der Fortpflanzung der Entzündung zeigt sich gewöhnlich das Bild der diffusen Orbitalphlegmone. Bei einem drohenden Durchbruch eines Nebenhöhlenempyems gehen die Erscheinungen (Exophthalmus, Lidoedem, Chemosis) nach endonasaler Eröffnung nicht selten ganz zurück. Es folgt nun eine Besprechung derjenigen Symptome, die von den einzelnen Nebenhöhlen in der Orbita ausgelöst werden. Bei bereits durchgebrochenen Siebbeineiterungen ist nicht selten noch mit der endonasalen Operation Heilung zu erzielen, wofür eine Reihe Krankengeschichten als Beweis dienen.

Sehnervenleiden bei Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen sind wahrscheinlich häufiger, als man früher annahm (Erkältungsneuritis, manche infectiöse Neuritis). Die Diagnose ist erschwert durch das wechselnde Bild der Symptome.

Die Krankheitsübertragung von der Nebenhöhle auf den Opticus geschieht wohl auch wieder durch den Knochen, auf dem Wege einer septischen Thrombophlebitis; häufig aber handelt es sich wohl nur um eine venöse oder lymphatische Stauung in der Umgebung des Sehnerven.

Bei Verdacht einer Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen ist eine explorative Punction angezeigt.

Die übrigen Nerven des Auges werden selten betroffen (Compression, entzündliche Processe, die auf das Schädelinnere speciell den Sinus cavernos. übergreifen). Rhinogene auf indirectem Wege zu Stande kommende Augenerkrankungen: die Uebertragung findet auf dem Blut- und Lymphwege statt. Durch die Nasenerkrankung (hypothetisch) verursachte Stauung u. s. w. soll eine Reihe intraocularer Erkrankungen hervorgerufen werden. B. konnte sich aus eigener Beobachtung nicht davon überzeugen.

Manche als Reflexneurose angesprochene Augenstörung ist wohl auf eine latente Nebenhöhlenerkrankung zurückzuführen; Kritik ist hier sehr am Platz.

Ein Zusammenarbeiten des Rhino- und Ophthalmologen ist von grossem Werthe für den Patienten. Endonasale Eingriffe (Tamponade, radicale und endonasale Nebenhöhlenoperationen) können das Auge schädigen, so dass eine Kenntniss auf dem Gebiete der Ophthalmologie nöthig; andererseits braucht der Augenarzt noch öfter den Rhinologen.

Es handelt sich hier um eine klare, durch eigene reiche Erfahrung gestützte, nüchterne, kritische Auseinandersetzung der einschlägigen Verhältnisse, die allen extravaganten Speculationen entgegentritt. A. Rosenberg.

---

b) Arthur Thost. **Die Verengerungen der oberen Luftwege nach dem Luftröhrenschnitt und deren Behandlung.** Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Kümmell (Hamburg). Mit 42 Textabbildungen, 1 Röntgentafel und dem Portrait von Leopold von Schroetter. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1911.

Selten, sehr selten ist mir die Lectüre und Besprechung eines Werkes so schwer geworden wie in dem vorliegenden Falle. Einmal war es die ungeheure Fülle von Thatsachen, Anschauungen und practischen Rathschlägen, die aus der reichen Erfahrung Thost's erwachsen, dann aber auch, der Autor möge es mir nicht verargen, eine grosse Anzahl von Wiederholungen, die vielleicht daher stammen, dass die einzelnen Capitel des Werkes zu verschiedenen Zeiten und nicht in der schliesslichen Reihenfolge verfasst sein mögen. Der Inhalt des Buches geht sehr weit über das, was der Titel verspricht, hinaus. „Die Verengerungen der oberen Luftwege nach dem Luftröhrenschnitt". Da erwartet man eigentlich nur die durch den Luftröhrenschnitt veranlassten oder doch in seinem Gefolge auftretenden Verengerungen besprochen zu sehen, aber Thost giebt uns eine ausserordentlich sorgfältige Feststellung aller Arten von Verengerungen des Kehlkopfes und der Luftröhre, sowohl in pathologisch-anatomischer, in mechanischer, ätiologischer und therapeutischer Beziehung. Es werden nacheinander abgehandelt die pathologisch-anatomischen und histologischen Veränderungen an den stenosirten Stellen und die Stenosen bei den einzelnen Krankheitsformen — als da sind Diphtherie und Croup, Typhus, Syphilis, Tuberculose, Papillome, Pemphigus u. s. w. Ueberall finden sich sehr lehrreiche Excurse, manchmal ganz kurze Bemerkungen, die der grossen Erfahrung des Autors entstammend, von weittragender Wichtigkeit

sind. Ich möchte um Beispiele zu geben, nur wenige derartige anführen: „ganz normale blasse Schleimhaut findet man nie im Bereiche einer Stenose." „So lange der Knorpel noch sein wichtigstes Schutzmittel, sein Perichondrium besitzt, kann er sich leicht intact erhalten, selbst äusseren Insulten gegenüber, wird aber durch ulcerative Processe oder durch operative Maassnahmen diese schützende und ernährende Hülle durchbrochen, so wandert die Infection rasch in das zarte Knochengewebe, verändert und zerstört es." „Dieses weiche gummiartige, elastische Gewebe (Granulationsgewebe) ist eines der häufigsten Hindernisse beim erschwerten Decanulement." Er unterscheidet als Hauptformen schwerer Stenose die Verbiegungsstenose, die diffuse Granulationsstenose und die Narbenstenose. Bemerkenswerth ist, dass Thost Krampf der Musculatur als Ursache einer Stenose, wie derselbe vielfach in der Literatur angeführt wird, auf Grund seiner Erfahrung völlig ablehnt und die Fälle des erschwerten Decanulements bei Kindern, die gewöhnlich als Krampf gedeutet werden, als Product der Angst und der Abwehr auffasst.

Aber alle diese Abschnitte sind nur die Einleitung zu dem Hauptthema des Werkes, der Behandlung. Den Beginn dieses Abschnittes bilden wichtige Capitel, in denen der Autor über die Tracheotomie, über die Canülen, deren Material und Formen, über die Untersuchung der Stenose, über Intubation u. s. w. spricht. Um ganz besonders Wichtiges anzuführen, hebe ich hervor, dass Thost die Tracheotomie möglichst weit ab von der Stelle der Stenose gemacht zu haben wünscht, jedenfalls räth er, den Knorpel auf alle Fälle zu schonen. Eine Verletzung des Ringknorpels nehme dem Kehlkopf den Halt. „Knorpel heilt nicht knorpelig zusammen, sondern nur durch eine bindegewebige Narbe." Er führt ferner an, dass ein wesentlicher Theil der Stenosen entstehe durch die Knorpelverbiegung, veranlasst durch das Auseinanderbiegen der Trachealringe beim Einführen der Canüle, namentlich wenn letztere ein wenig gross sei; er empfiehlt allerdings wohl mehr auf Grund theoretischer Erwägungen, als practischer Erfahrungen, die Tracheotomiewunde durch Excision der neben dem Einschnitt liegenden Partien mittelst des Hartmann'schen Conchotoms der Form der Canüle besser anzupassen; er verwirft die bei uns übliche halbkreisförmige Luer'sche Canüle als den anatomischen Verhältnissen nicht so gut entsprechend, wie die von Durham angegebene englische oder die Gersuny'sche Canüle.

Thost ist kein Freund der Stenosenbehandlung durch grössere operative Eingriffe; der Laryngofissur und der modernen Modification derselben, der Laryngostomie steht er mit grossen Bedenken gegenüber, wenn er auch deren Berechtigung in gewissen Fällen nicht in Abrede stellen will.

Die von ihm praeconisirte Methode ist die der langsamen Dilatation, und er giebt an, dass er trotz der Langsamkeit der Methode zum Erfolge meist nicht längere Zeit gebraucht habe als die Autoren, die mit Laryngostomie vorgegangen sind. Ausführliche Besprechung widmet er den verschiedenen Methoden der Dilatation, den Schrötter'schen Röhren und Zinnbolzen, der O'Dwyer'schen Dilatation, von der er in einigen Fällen directen Nachtheil gesehen hat, den Mikulicz-Kümmell'schen Schornsteincanülen aus Glas, den Kümmell'schen Weichgummicanülen und T-Canülen von Dupuis und Anderen u. s. w.

Die dem Autor eigene Methode, die er aber nicht als die alleinige praeconisirt, sondern vor und neben den anderen beschriebenen anwendet, ist die Erweiterung von der Wunde aus durch schwere Bolzen, die an den zu diesem Zweck modificirten Canülen liegen. Diesen Bolzen gab er die von v. Schroetter angegebene und ausgezeichnet bewährte dreieckige Form und liess sie aus besonders schwerem Metall, erst aus Zinn, später aus „Duranametall", einer Legirung aus Eisen, Kupfer und Zink, anfertigen. Als Vortheile seiner Methode bezeichnet er: „Die Bolzen lassen sich leicht ohne Narkose selbst bei widerspenstigen Kindern einführen. Sie reizen so gut wie gar nicht, machen keine Ulcerationen, verursachen keine Granulationen. Die Bolzen liegen sicher, man kann die Kinder damit ambulant behandeln; sie können ohne Beschwerden damit essen und trinken, damit zur Schule gehen. Es bedarf keiner besonderen Aufsicht, es kann mit den Bolzen kein Unfall passiren. Die Bolzen wirken sehr kräftig durch Druck. Die Methode ist absolut unblutig, soll in der Mehrzahl der Fälle ohne operativen Eingriff zum Ziele führen. Befestigungsfäden fallen fort u. s. w. Da die Bolzen den Larynx völlig abschliessen, kann weder Schleim oder Speichel aus dem Mund in die tieferen Luftwege gelangen. Die Bolzen werden nie übelriechend."

Ich habe versucht, einiges besonders Wichtige aus dem überaus reichen Inhalt des Werkes hervorzuheben, der Fachmann wird dasselbe in allen Einzelheiten sorgfältig studiren müssen und auf jeder Seite werden eine Menge von guten Bemerkungen, von reifen Erfahrungssätzen seine Mühe lohnen. Füge ich hinzu, dass Thost am Schlusse des Werkes die ausführlichen Krankengeschichten seiner 65 eigenen Fälle, welche im höchsten Grade lesenswerth sind, wiedergiebt, und dass er seiner Darstellung und seinem Urtheile neben einer ungewöhnlich reichen eigenen Erfahrung eine gründliche Kenntniss der Litteratur zu Grunde legt, so resultirt als ein Gesammturtheil, dass das Thost'sche Buch — es ist bei Bergmann verlegt und also gut ausgestattet — zu den klassischen Werken unserer Specialliteratur wird gerechnet werden müssen. Das Buch ist dem Andenken Leopold v. Schroetter's gewidmet. P. Heymann.

---

c) Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1911.

Vorsitzender: Herr Réthi.

Fein stellt eine 18jährige Patientin mit einseitiger Choanalatresie vor, die von einem im 11. Lebensjahre stattgefundenen Trauma herrühren dürfte, ferner einen Mann, bei dem die Diagnose zwischen Gummi, Carcinom und Tuberculose des Rachens schwankt.

Hierzu sprechen Glas, Hirsch und Marschik.

Glas demonstrirt einen Patienten mit einem kalten Abscess einer linksseitigen retropharyngealen Drüse.

Marschik demonstrirt einen 54jährigen Mann mit Carcinom der Zunge nach Papillomatose. Die histologische Untersuchung vor $1^1/_2$ Jahren ergab Papillom, möglicherweise gab die Radiumbehandlung den Anstoss zur Metaplasie.

Ferner stellt Marschik eine 57jährige Frau mit Larynxcarcinom vor, das lange Zeit unter dem Bilde einer Perichondritis verlief.

Menzel zeigt das histologische Präparat einer Unterkiefercystenwand (Wurzelcyste).

Fein demonstrirt eine mit stumpf gezähnten Klauen versehene Schere zur Abtragung von nicht völlig abgetrennten Stücken der Rachenmandel.

Discussion:

Hanszel benutzt hierfür eine modificirte kleine Jurasz'sche Nasenrachenzange mit gegitterten Branchen.

Kofler empfiehlt die Scheere nach Cordes.

Réthi adenotomirt mit der Zange nach Schütz und hat ein nochmaliges Eingehen nicht nöthig.

Fein giebt zu, dass die von Hanszel und Kofler genannten Instrumente zweckentsprechend sind, sie seien nur zu voluminös.

Hirsch berichtet über eine luetische Stirnhöhlenerkrankung.

Hierzu spricht Heindl.

Kofler referirt über eine submucöse Septumresection bei einem Hämophilen. Innerlich 3 g Calc. lactic. pro die, Tampon mit Diphtherieserum getränkt. In dringenden Fällen sei die Operation vorzunehmen, eventuell Belloc'sche Tamponade.

Hanszel zeigt einen von ihm angegebenen Ballontampon zur Blutstillung in der Nase. Der Gummiballon wird mit Luft gefüllt und besitzt einen Controllballon ausserhalb der Nase. Er ist leicht regulirbar, kann leichter eingeführt werden, muss nicht so lange belassen werden wie die Gazetampons und ist leicht zu entfernen. — Angefertigt bei der Firma J. Leiter, Wien.

Zur Frage der Tamponade sprechen Glas, Fein, Kofler, Menzel, Marschik und Réthi.

Sitzung vom 8. November 1911.

Glas demonstrirt ein Carcinom der Zungenbasis, ferner ein Carcinom des Zungenrandes bei einer Leukoplakie der Zunge im Anschluss an eine Glossitis gummosa.

Ueber eine ähnliche Beobachtung berichtet Grossmann.

Glas zeigt ferner einen Patienten mit einer 7 cm langen Uvula, an deren Ende ein Papillom sitzt und ein von De Swats angegebenes Instrument zur Fixation der Tonsille mittels Seidenfaden bei der Enucleation.

Marschik demonstrirt die von ihm angegebene selbsthaltende Pincette mit stark federnden, gekreuzten Branchen zu genanntem Zwecke.

Hutter empfiehlt Vaselineinspritzungen unter die Schleimhaut bei Ozaena; wenn auch die hierdurch erzielte Verengerung nur kurze Zeit anhält, kann sich die Schleimhaut erholen.

Discussion:

Chiari glaubt, dass die Besserung nur auf entzündlicher Reizung in Folge der Operation beruht.

Menzel deponirt gewöhnlich Vaseline unter die Septumschleimhaut, die weniger leicht reisst.

Kofler stellt eine marginale, knöcherne, vollständige Atresie der linken Choane mit drei Grübchen vor. Der harte Gaumen symmetrisch gewölbt.

Marschik hat in einem Falle von acuter Sepsis die Tonsillectomie mit Erfolg ausgeführt. Dieser Fall lässt erwägen, dass bei derartigen septischen Erkrankungen die Tonsillectomie als utimum refugium versucht werde, auch wenn die Tonsillen scheinbar normal sind.

In der Discussion besprachen mehrere Herren ihre Erfahrungen mit der Behandlung der Tonsillen bei acuten Erkrankungen.

Heindl zeigt einen Fall von subglottischer Narbenmembran.

Discussion: Hanszel.

Schlemmer stellt einen Fall von einer Plica cavi pharyngo-nasalis vor. Die Diagnose schwankt zwischen Sklerom, Lues und einer congenitalen Faltenbildung. Letztere hat am meisten Wahrscheinlichkeit für sich. Histologischer Befund ausstehend.

Menzel zeigt die Wirkung der Röntgenstrahlen auf hypertrophische Tonsillen bei Bestrahlung vom Munde aus und von aussen. Die Tonsillen sind erheblich geschrumpft.

Sitzung vom 6. December 1911.

Glas demonstrirt: 1. einen Knaben mit einem Intubationsdiaphragma. Sechstägige Intubation, secundäre Tracheotomie, schwieriges Decanulement, Dilatationsbehandlung mit Schrötter'schen Hartgummiröhren vor 6 Jahren.

2. Ein Empyem der rechten Kieferhöhle im Anschlusse an einen retinirten Zahn. Radicaloperation.

Körbl stellt einen 53jährigen Patienten vor, der vor einiger Zeit einen Hufschlag auf den Vorderhals erhielt, wonach Hautemphysem und Crepitation am Ringknorpel links nachweisbar war. Larynxstenose bedingt durch Perichondritis cricoidea und arytaenoidea. Tracheotomie. Es zeigte sich eine quere Fractur des Ringknorpels, ein Einriss der Trachea. Nach fünf Tagen Decanulement. Gegenwärtig Schwellungserscheinungen geschwunden, linkes Stimmband fixirt.

Discussion:

Glas spricht sich für eine traumatische Lähmung des Stimmbandes aus. Fein für eine Recurrenslähmung durch Hämatomdruck.

Menzel stellt eine isolirte Tuberculose der hinteren Rachenwand und der Uvula bei einem 28jährigen Patienten vor und spricht hierauf über die Behandlung der Peritonsillarabscesse mittelst Aluminiumdrain von etwa



3 mm Lichtung und von der Form eines in seiner Längsachse durchbohrten Kragenknopfes, wodurch nach seiner Angabe jeder weitere Eingriff zur Herstellung eines freien Secretabflusses vermieden werden könnte. Zur Incision benutzte er ein Skalpell mit einer 1 cm breiten Klinge.

Réthi befürchtet doch das gelegentliche Verschlucken oder die Aspiration dieses Drains. Weil findet kein Bedürfniss nach Drainage. Marschik betont, dass diese Drainage bei den häufigen atypischen Localisationen der Abscesse sich nicht eignen könne. Auch Koschier hält diese Modification für überflüssig.

Fein stellt einen 55jährigen Mann mit einer grossen Rachenmandel vor.

Kahler giebt hierbei zu bedenken, ob es sich nicht um Leukämie handle.

Hanszel zeigt eine hochgradige Narbenstenose bei einem Knaben nach Intubation und spricht ausführlich über die gegenwärtige Technik und die Indicationen der Intubation, die er als einen unentbehrlichen Behelf bei Croup und Diphtherie allgemein anerkannt wissen möchte.

In demselben Sine macht Glas einige Bemerkungen.

Hutter stellt eine Patientin mit übernarbtem Knochendefect luetischen Ursprungs an der Stirn vor.

Hanszel.

---

d) Pariser Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Sitzung vom 10. Februar 1911.

(Rhino-laryngologischer Theil.)

Grossard: Riesiger Choanalpolyp bei einem 11jährigen Kinde.

Der Tumor, ein Myxom, hatte Eigrösse und wog 32 g. Die Extraction mittels kalter Schlinge verlief reactionslos.

Coustean: Schutzplatte für den Clar'schen Spiegel.

Eine Aluminiumplatte, die dem Spiegel angehängt, das Gesicht schützt.

Furet: Tracheotomie und Thyreotomie.

Ein Mann kam wegen Athemnoth auf die Poliklinik. Plötzlich wurde er cyanotisch, so dass rasch die Tracheotomie gemacht werden musste. Später wurde als Ursache ein Tumor im Larynx erkannt, der nach Thyreotomie unter Novocainanästhesie entfernt wurde.

Rouvillois: Anästhesie des Kehlkopfs.

Empfohlen wird die Durchtränkung des Nervus laryngeus mittels anästhesirender Flüssigkeiten (Novocain).

Sitzung vom 8. April 1911.

Munch: Behandlung der Schluckschmerzen in Folge von Kehlkopftuberculose mittels Alkoholisation des N. laryng. sup.

Patient wird vorgestellt, bei dem die Dysphagie seit einem Monate nach einer einzigen Alkoholisation beider Nerven behoben ist.

Luc: Vorstellung von Kranken.

a) 51jähriger Patient seit October 1909 von einem Kehlkopfkrebs des rechten Stimmbandes nach Laryngofissur geheilt. b) Patient seit Mai 1909 von einem Carcinoma des Sinus fronto-ethmoidalis mittels Operation nach Moure geheilt.

Guisez: Eiterung der Stirnhöhle.

Patientin wies keinerlei Nasensymptome auf, jedoch exquisite Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Sinus frontalis. Patientin verfiel in Coma. Operation an komatöser Patientin. Bei der Operation fand man Eiter in der Stirnhöhle, jedoch keine Communication mit dem Hirn.

Guisez: Endoskopisches.

a) Zahnprothese aus dem oberen Drittel der Speiseröhre mittels Oesophagoskopie entfernt. b) Zwetschkenkern aus dem linken Bronchus eines 10jährigen Kindes extrahirt. c) Stenose des unteren Theils der Trachea in Folge Compression durch Drüsen. Tracheotomie und Einführung einer langen Canüle. Heilung.

Sieur: Laryngostomie.

Laryngotyphus; Tracheotomie. In Folge dessen subglottische Sklerose, die der endolaryngealen Behandlung nicht weicht. Daher Laryngostomie und Einführung der Schornsteincanüle. Die Oeffnung schloss sich spontan.

Sitzung vom 10. Juni 1911.

Castex und Berruyer: Hectin in der oto-rhino-laryngologischen Praxis.

Die erzielten Resultate sind im Allgemeinen wenig zufriedenstellend und sogar der gewöhnlichen Hg-Behandlung nachstehend. Im Anschluss daran theilt Castex mit, dass nach Salvarsangebrauch in zwei Fällen Taubheit mit Schwindel eingetreten ist.

C. J. Koenig: Fibrinklumpen aus der Nase oder dem Cavum.

Der seltenen Grösse wegen gezeigt, offenbar nach Blutung entstanden.

Paul Laurens: Jod in statu nascendi.

Eine concentrirte Jodkaliumlösung mit H_2O_2 behandelt, giebt Joddämpfe ab. Die antiseptische Wirkung der Joddämpfe lässt sich bei Ozaena z. B. gut verwenden, oder bei der Angina gangraenosa.

G. A. Weil: Dauercanüle zur Spülung der Highmorshöhle.

Würtz: Fremdkörper des Oesophagus. Oesophagotomie. Heilung.

Vierjähriger Knabe verschluckt am 3. April eine Münze. Am 12. Mai zeigt ein Röntgenbild die Münze hinter der Bifurcation der Trachea. Eine Oesophagoskopie am 15. Mai bleibt ohne Resultat. Am 19. Mai gelingt es wohl die Münze zu fassen, jedoch nicht zu extrahiren, daher Oesophagotomie noch am selben Tage durch Beaussenat.

Sieur: Oesophagotomie.

Während der Adenotomie bei einem 3jährigen Mädchen bricht die Platte des Gottstein'schen Messerchens ab. In Folge der Blutung aus dem Cavum ist die Oesophagoskopie nicht möglich, doch zeigt das Röntgenbild den Fremdkörper



hinter dem Sternum. S. macht eine Oesophagotomie, doch findet er das Messerchen nicht mehr, da das Kind dasselbe offenbar ausgebrochen hatte. Die Oesophagotomie verlief ohne schädliche Folgen.

Sitzung vom 7. Juli 1911.

Richou: Sporotrichosis der Nase.

Zahlreiche Geschwüre und Infiltrationen. Differentialdiagnose gegen Lues.

Munch: Sklerose der Mandel mit Ehrlich-Hata behandelt. Heilung in 3 Tagen.

Castex: Vorstellung von Kranken.

a) Adenoide Vegetationen mit Somnambulismus vereint. b) Rhinosklerom-ähnliche Verdickung der Nasenschleimhaut. c) Rauhigkeit der Stimme in Folge von Amyotrophie der Stimmbänder bei einem 13jährigen Mädchen nach Masern. d) Pseudomembranen auf einem Kehlkopfkrebs.

Sitzung vom 10. November 1911.

Bosviel: Bluterguss in den vorderen Gaumenbogen.

Ursache unbekannt. Spontane Eröffnung. Heilung.

Lubet-Barbon: Facialislähmung nach Nasenspülung.

Patient war an die Spülung mit dem Irrigator schon seit Jahren gewöhnt. Eine andere Ursache für die Facialislähmung wie das Eindringen des Wassers in die Pauke hält Verf. für ausgeschlossen.

G. Mahu: Radicale Operation der Kieferhöhleneiterung auf nasalem Wege.

Eine Reihe von Instrumen wird empfohlen, um die Operation zu erleichtern.

G. Poyet: Drei Fälle von Kehlkopfsyphilis und Kehkopfödem mit Salvarsan behandelt.

In allen drei Fällen bestanden Athemstörungen. Vollständige Heilung ohne Zwischenfall.

Sitzung vom 9. December 1911.

Viollet: Hypertrophie des Zäpfchens und recidivirende Polypen an demselben.

Es scheint, dass die Lehrbücher diese Polypen am hypertrophischen Zäpfchen nicht erwähnen.

Hubert: Papillom der Trachea.

Es wurde nicht tracheoskopirt. Keine besondere Störungen.

Closier: Diphtheritische Nekrosen.

Patient weist eine Perforation der Nasenscheidewand und eine wie mit einem Locheisen ausgestemmte Narbe der Epiglottis nach Diphtherie auf.

Delair: Künstlicher Kehlkopf.

Patient, ein Koch, laryngectomirt, spricht mittels der Prothese (allerdings wenig deutlich für den Referenten). Lautmann (Paris).

e) Die Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 25. Januar 1912.

Vorsitzender: Herr Klingspor.

Herr Arnoldson berichtete über einen Fall von acuter Submaxillaritis.

Herr Stangenberg berichtete über einen Fall von ungewöhnlich grossem Nasenpolyp bei einem Knaben.

Herr Norberg berichtete über einen Fall von seröser Sinusitis maxillaris.

Sitzung vom 22. Februar 1912.

Vorsitzender: Herr Samuelsson.

Herr Weinberg demonstrirte einen Fall von linksseitiger acuter Gaumenparese; Diphtheriebacillen waren nicht zu finden bei dem Kranken oder bei seiner Umgebung, unter denen mehrere Fälle von Angina vorgekommen waren. Der Patient litt dagegen an einem acuten Empyem der linken Oberkieferhöhle; die Parese wurde als eine entzündliche erklärt.

Herr Weinberg demonstrirte einen Fall von acuter Laryngitis mit Pachydermia des Proc. vocal. verbunden.

Die Section beschloss, die nächste Sitzung am 16. März zu halten und den Herrn Prof. H. Gutzmann und den Herrn Dr. Ritter aus Berlin einzuladen.

Herr Flodqvist berichtete über einen Fall von Cancer der rechten Gaumenmandel bei einem 40jährigen Manne, der mit Lues inficirt war.

Sitzung vom 16. März 1912.

Vorsitzender: Herr Stangenberg.

Vorsitzender heisst im Namen der Section den Herrn Prof. Gutzmann und den Herrn Dr. Ritter willkommen.

Herr Gutzmann hielt einen Vortrag über Phonasthenie und Herr Ritter über die endonasale Erweiterung der Stirnhöhlenmündung.

Sitzung vom 28. April 1912.

Vorsitzender: Herr Samuelsson.

Herr Boioie berichtete über einen Fall von Arthritis gonorrhoica des Cricoarytaenoidalgelenkes.

Herr Norberg demonstrirte ein modificirtes Verfahren bei der endonasalen Trepanation der Highmorshöhle mit Erhalten des vorderen Endes der unteren Muschel.

Herr Stangenberg berichtete über einen Fall von Lupus nasi mit NaJ und Electrolyse (nach dem Vorschlage von Reyn) mit gutem Erfolg behandelt.

E. Stangenberg.



f) Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Sitzung vom 8. März 1911.

Kugel und Costiniu stellten einen Kranken vor, bei dem nach einem Stockhieb über das Gesicht Chemosis, eitriger Ausfluss aus der Nase und Kopfschmerzen besonders an der Nasenwurzel auftraten. Sie glauben, dass es sich um eine Ethmoiditis in Folge von Nekrose der Ossa nasalia durch das Trauma und um eine durch Propagation entstandene Sinusitis frontalis handelte.

Oresco ist derselben Ansicht und räth zur Radicaloperation und Entfernung der abgestorbenen Knochenstücke.

Costiniu stellte 1. einen seit 1½ Jahren erkrankten Patienten vor mit einem sehr grossen und auffallend harten Kehlkopftumor vor, bei dem die mikroskopische Untersuchung Epitheliom ergeben hat. Patient hat nun ausserdem eine erhebliche Vergrösserung der Leber mit Ascites und Splenomegalie. Die klinische Diagnose spricht für eine Lebercirrhose, schliesst aber einen Scirrhus der Leber nicht aus. In letzterem Fall ist C. geneigt, einen scirrhösen Larynxkrebs als Metastase eines Leberscirrhus anzunehmen.

2. C. berichtet über 71jährigen sehr kachektischen Mann mit einem Krebs der rechten Larynxhälfte, der sich bis auf den rechten hinteren Gaumenbogen fortsetzte. Nach 15 Radiumsitzungen verschwand die Infiltration des Gaumenbogens und des Kehlkopfeingangs, und der Patient betrachtete sich als geheilt. Jedoch schon einen Monat nach seiner Abreise schrieb er, dass sein Zustand so schlecht sei wie zuvor. Die Radiumtherapie hatte also nur eine vorübergehende Besserung zu Stande gebracht.

3. Ein Patient, dem C. ein Papillom des weichen Gaumens dicht über der Basis der Uvula exstirpirt hat. Es scheint, als ob das Papillom im Begriff ist, sich wieder zu bilden.

Mayersohn stellt einen 25jährigen Patienten mit Lungenphthise vor mit isolirter tuberculöser Infiltration des rechten Stimmbandes.

Oresco stellt einen Patienten mit nur an den Aryknorpeln isolirter tuberculöser Erkrankung vor.

Sitzung vom 5. April 1911.

Costiniu: Behandlung des Kehlkopfkrebses mit Radium.

C. stellt einen ungefähr 60jährigen Mann vor mit Larynxcarcinom und sehr ausgesprochener Infiltration der submaxillären Lymphdrüsen beiderseits, bei dem in 20 Sitzungen Radium von aussen angewandt wurde. Die Drüsen sind vollständig verschwunden, der Tumor hat sich auf die rechte Seite begrenzt, das Allgemeinbefinden ist besser geworden, und der Patient kann Nahrung besser schlucken. C. will den Patienten so weiter behandeln.

Sitzung vom 7. Juni 1911.

Seligmann: Tumor der linken Stimmlippe.

Schwellung der ganzen linken Kehlkopfhälfte; Heiserkeit und Schluck-

schmerzen. Patient scheint ein alter Syphilitiker zu sein. Die Differentialdiagnose schwankt zwischen Carcinom nnd Syphilis.

Felix hält den Tumor für einen malignen und wirft die Frage auf, ob die halbseitige Exstirpation noch genügen würde.

Mayersohn: Erysipel des Pharynx, der Tube und des Gesichts.

67jährige Frau, seit 6 Tagen heftige Halsschmerzen. Temperatur 38,6°. Der Pharynx sowohl in seinen unteren Partien als gegen das Cavum hin verdickt und geröthet. 4 Tage darauf giebt Pat. an, auf dem linken Ohr schwer zu hören und Schmerzen im linken Ohr zu haben. Der Gehörgang ist geröthet und verschwollen, so dass das Trommelfell nicht zu sehen ist. Ein bis zum Trommelfell eingeführter Wattetampon wird mit Blut getränkt zurückgezogen. Um die Gehörgangsöffnung breitete sich allmählich über die Ohrmuschel eine erysipelatöse Röthung aus, von dort ging sie auf den Nacken, dann auf die behaarte Kopfhaut und das andere Ohr und schliesslich das ganze Gesicht über. Es trat Heilung ein.

Das Interesse dieses Falles beruht darauf, dass das Erysipel, um zum Gesicht zu gelangen, nicht, wie gewöhnlich, dem Weg durch die Nase folgte, sondern durch die Tuba Eustachii und den äusseren Gehörgang.

Sitzung vom 1. November 1911.

Mayersohn: Gummi des weichen Gaumens mit Morbus Basedow mit gemischter Behandlung geheilt.

46jährige Frau leidet an Halsschmerzen seit 6 Monaten und Beschwerden beim Schlucken. Die rechte Hälfte des Gaumensegels und der rechte hintere Gaumenbogen sind geschwollen; diese Schwellung erstreckt sich nach oben und verlegt die rechte Choane. Anamnestisch nichts eruirbar, ausser dass vor 25 Jahren nach der Entbindung der Körper mit Flecken bedeckt war und das Kind während 2 Jahren mit Flüssigkeit gefüllte Blasen auf dem Körper hatte. Nach 11tägiger Anwendung gemischter Behandlung (täglich 0,025 g Hydrarg. bijodat. und 2 g, später 3 g Jodkali pro die) schwanden alle Symptome: Schmerzen, Nasenverstopfung; die Schwellung nahm erheblich ab.

Patientin hatte seit 10 Jahren einen Kropf mit allen Symptomen des Basedow. Dieser verschwand gleichfalls unter der Behandlung. M. wirft die Frage auf, ob dieser Effect dem Hg oder dem Jodkali zuzuschreiben sei; da er in letzter Zeit noch einen durch Jodkali günstig beeinflussten Fall von Basedow gesehen hat, ist er geneigt, auch in vorliegendem Falle die Wirkung dem Jodkali zuzuschreiben und räth, es in Tagesdosen von 2 bis 3 g zu verordnen.

Costiniu: Epitheliom des Nasenrachens.

Die vorgestellte Patientin leidet seit 4 Monaten an Nasenverstopfung. Sie ist 36 Jahre alt. Bei der Rhinoscopia posterior sieht man an der hinteren Wand des Nasenrachens einen Tumor, dessen Grenzen sich nicht umschreiben lassen. Mikroskopische Untersuchung eines zur Probe excidirten Stückes ergab Epitheliom.

Felix rät, den Tumor nach Spaltung des Gaumens zu entfernen nach vorhergehender Tracheotomie.

Seligmann: Laryngectomie.

51jähriger Patient, in der Juni-Sitzung vorgestellt. Von Hirsch (Wien) ist die linksseitige Kehlkopfexstirpation gemacht worden. Resultat bisher gut.

Sitzung vom 12. December 1911.

Costiniu: 1. Syphilom des rechten Stimmbandes.

41jähriger Mann, der nach einer vor 6 Wochen unternommenen Eisenbahnfahrt plötzlich heiser wird; ausserdem merkte er seitdem grosse Beschwerden beim Schlucken. Man sieht das rechte Stimmband eingenommen von einem oedematösen Tumor, der nicht umschrieben ist und das Taschenband bedeckt. Der rechte Aryknorpel ist etwas geschwollen. Das linke Stimmband völlig intact. Keine Drüsenschwellungen. Lues geleugnet; an den Pulmones nichts Krankhaftes nachweisbar. Die Wassermann'sche Reaction stark positiv. C. beabsichtigt, intravenöse Hata-Injectionen zu machen.

2. Lymphadenom der Mundrachenhöhle.

54jähriger Mann klagt seit 2 Monaten über hartnäckigen Husten, Heiserkeit, Athem- und Schluckbeschwerden. Hinter dem Gaumensegel erblickt man eine Anschwellung, die sich auf die Rachenwände erstreckt und die Bewegungen des Gaumensegels unmöglich macht. Beiderseits am Halse zahlreiche Drüsen. Patient hat mit 19 Jahren Schanker gehabt. Die mikroskopische Untersuchung (Babes) ergiebt einen aus kleinen mononucleären Zellen bestehenden Tumor, wahrscheinlich syphilitischer oder lymphatischer Natur. Complementbindung: Wassermann'sche Reaction völlig negativ, Bauer'sche Reaction gleichfalls negativ.

Es handelt sich um die Differentialdiagnose zwischen Gummi und Lymphadenom.

3. Subglottischer Polyp.

4. Gummi der Nasenhöhle.

38jährige Frau. Seit 1½ Jahren Nasenverstopfung und Gehörverminderung. Die Nase hat an Umfang zugenommen und ist sehr hart. Bei der Rhinoskopie sieht man beide Nasenhöhlen durch grosse Gummata eingenommen. Das Septum ist im vorderen Drittel perforirt. Die Kieferwinkeldrüsen sind geschwollen.

Seligmann: Ulcerirtes Gummi der Zungenbasis.

30jähriger Mann; Sattelnase und Septumperforation. Auf der rechten Hälfte der Zungenbasis eine ungefähr 2-Francsstückgrosse Ulceration. Keine syphilitischen Antecedentien. Unter Jodkali Besserung.

Seligmann: Behandlung der postdiphtherischen Gaumensegellähmung.

Auf Grund zweier Fälle empfiehlt S. Injection einer starken Serumdosis an zwei aufeinander folgenden Tagen. Nach 8 Tagen waren in seinen Fällen alle Erscheinungen verschwunden.

Mayersohn.

III. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

VI. Bericht (22. Mai 1912).

Langsam aber stetig treffen die Berichte der Herren Organisatoren ein, so dass wir auch heute wieder in der Lage sind, diesbezügliche Mittheilungen zu veröffentlichen.

In **Ungarn** setzt sich das Organisationscomité zusammen aus den Herren: Prof. Dr. A. Onodi, Prof. Dr. A. v. Irsay und Dr. J. Safranek, sämmtlich in Budapest. An den praktischen Untersuchungen werden sich die Specialcollegen in Budapest und im ganzen Lande betheiligen.

Auch in **Bayern** hat sich nunmehr ein geschäftsführendes Comité gebildet, bestehend aus den Herren Prof. Dr. Heine, Hofrath Dr. Röll und Dr. Max Nadoleczny.

Für **Schleswig-Holstein** hat Prof. Friedrich die nothwendigen Arbeiten in die Hand genommen. Unter seinem Vorsitz werden sich an der Organisation betheiligen die Herren Dr. Weisner, Marineoberstabsarzt Dr. Wang, Dr. Hänisch und Dr. Jahr, sämtlich in Kiel.

In **Ostpreussen** haben sich unter der Leitung Prof. Gerber's folgende Herren zu einem geschäftsführenden Comité vereinigt: Oberstabsarzt a. D. Dr. Eckermann, Prof. Dr. Kafemann, Oberstabsarzt Dr. Rhese, dirig. Arzt der Hals-, Nasen- und Ohrenabtheilung im Krankenhause der Barmherzigkeit, und Dr. Röske, dirig. Arzt der Hals-, Nasen- und Ohrenabtheilung im Elisabeth-Krankenhause.

Das Comité für die Provinz **Sachsen** besteht aus den Herren Geheimrath Prof. Dr. Denker, Prof. Dr. Frese und Dr. Beleites.

Was die **Türkei** anbetrifft, so hatten wir uns seiner Zeit auf den Rath des Herrn Dr. Taptas an die Faculté de médecine und den Conseil des affaires médicales in Konstantinopel gewandt. Wir erhielten nunmehr eine Mittheilung von Herrn Prof. Dr. Zianoury, Doyen de l'université, Professeur d'oto-rhino-laryngologie de la faculté de médecine de Constantinople, Haidar-Pascha, der zu Folge derselbe von der Facultät mit der Bildung einer Commission beauftragt ist, die baldmöglichst die nöthigen Schritte unternehmen soll. Dieser Commission werden ausser Konstantinopeler Specialcollegen pathologische Anatomen, Bacteriologen etc. angehören.

Schliesslich sandte uns Herr Dr. Brown Kelly (Glasgow) folgende Ergänzung seiner Organisationsliste:

I. England.

Yorkshire: Adolf Bronner in Bradford.
Berkshire: Arthur Roberts in Reading.
Leicestershire: F. W. Bennet in Leicester.
Sussex: A. J. Hutchison in Brighton.
Lincolnshire: Stanley Green in Lincoln.
Herefordshire: Arthur Wood in Hereford.
Suffolk: G. J. T. Stewart in Ipswich.
Kent: J. A. Gibb in Maidstone.
Devon and Cornwall: C. E. Bean in Plymouth (Correctur der ersten Liste: I,g).

II. Schottland.

Dundee and Central: Robert P. Mathers in Dundee (Correctur der ersten Liste: III, d).

III. Colonien.

a) Canada: H. S. Birkett in Montreal für die Provinzen Quebec, New-Brunswick, Nova-Scotia und New-Foundland.
Gibb Wishart in Toronto für die Provinz Ontario.
b) Westafrika: G. M. Gray in Lago für Southern-Nigeria.
c) Ceylon: A. Nell in Colombo.

Im Anschluss an diesen Bericht erlauben wir uns daran zu erinnern, dass ebenso wie in Grossbritannien, so auch in allen übrigen Ländern die Organisation sich auch auf die Colonien erstrecken muss, um so mehr, als die Kenntniss von der Häufigkeit der Ozaena bei den einzelnen Volksstämmen von hervorragendem Interesse ist.

Herr College A. Brown Kelly (Glasgow) hat zur Information der Specialcollegen Grossbritanniens und seiner Colonien im Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. Vol. XXVII. No. 4. April 1912, einen ersten zusammenfassenden Bericht unter dem Titel „The International Collective Investigation of Ozaena" erscheinen lassen. Separatabdrücke desselben werden den Herren Organisatoren des Auslandes als Muster für derartige Sammelberichte demnächst zugesandt werden.

Inzwischen rüstet man sich an verschiedenen Stellen bereits zum Beginn der praktischen Arbeiten. Herr Prof. Dr. O. Brieger in Breslau hat mit seinen Assistenten bereits 1000 Schulkinder untersucht. Auch im Reg.-Bezirk Frankfurt a. O. sowie in der Provinz Posen und dem Herzogthum Braunschweig haben die Untersuchungen bereits begonnen. In der Schweiz sollen sie, wie uns Herr Prof. Siebenmann mittheilt, im September d. J. beginnen. In Berlin beabsichtigen wir mit dem Beginn des Wintersemesters an die praktische Durchführung der Arbeiten heranzutreten.

In **Frankreich** hat, wie wir soeben von Herrn Dr. Mahu erfahren, gelegentlich des „Congrès oto-rhino-laryngologique", welcher vom 13. bis 15. Mai in Paris tagte, eine Aussprache über die Sammelforschung stattgefunden. Das Resultat dieser Aussprache war ein günstiges. Zahlreiche Collegen aus allen Theilen Frankreichs haben sich sogleich zur Mitarbeit bereit erklärt. Ueber die Zusammensetzung des französischen Comités werden wir in der nächsten Nummer berichten.

Wir bitten auch heute wieder um möglichst baldige Zusendung der noch fehlenden Berichte.

Nunmehr sind wir auch in der Lage, das von uns angekündigte „Sectionsschema" zu veröffentlichen. Wir bitten, dasselbe eingehend zu prüfen, zumal die Erlangung einwandsfreier Sectionsberichte, in denen nichts Wesentliches ausser Acht gelassen ist, mit zu den Hauptaufgaben der Sammelforschung gehört. Da die Sectionstechnik die gewöhnliche ist, so beschränken wir uns auf eine

Zusammenstellung derjenigen Gesichtspunkte, auf welche bei der Section einer „Ozaena-Leiche" besonders zu achten ist.

A. Aeussere Besichtigung.

1. Aeusserlich sichtbare Zeichen von Syphilis (Narben, Knochenauftreibungen, Leukoderma).
2. Palpation der Drüsen, besonders am Halse und am Kieferwinkel.
3. Feststellung der Schädelform[1]) durch Vergleichung des grössten Breitendurchmessers mit dem grössten Längendurchmesser.

Bei der Feststellung der grössten Breite müssen beide Messpunkte in derselben Horizontalebene liegen. Als Messpunkte sind auszuschliessen: Proc. mastoideus und hintere Temporalleiste.

Als grösste Länge gilt die Entfernung von der Mitte zwischen den Arcus superciliares (nicht Nasenwurzel!) bis zum vorspringendsten Punkte des Hinterhauptes, ohne Rücksicht auf die Horizontalebene.

Es ist der Längenbreitenindex $= \frac{100 \cdot \text{grösste Breite}}{\text{grösste Länge}}$.

---

1) Nach den linearen Maassen der Frankfurter craniometrischen Verständigung cfr. Archiv für Anthropologie. Bd. 15. 1884. S. 1—8. Auch abgedruckt in Prof. Bardeleben's Handbuch der Anatomie des Menschen. Bd. I. Abtheilung 2. „Kopf" von Prof. Dr. Graf Spee (Kiel), S. 364.

Durch internationales Uebereinkommen ist die Gruppeneintheilung der Schädelindices so festgesetzt:

Index der	Ultradolichocephalen	60—64,9	cfr. Correspondenzblatt der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie. März 1886. S. 17 ff.
„ „	Hyperdolichocephalen	65—69,9	
„ „	Dolichocephalen	70—74,9	
„ „	Mesocephalen	75—79,9	
„ „	Brachycephalen	80—84,9	
„ „	Hyperbrachycephalen	85—89,9	
„ „	Ultrabrachycephalen	90—94	

4. Feststellung der Form des Obergesichtes durch Vergleichung der Jochbogenbreite mit der Obergesichtshöhe.

Als Jochbogenbreite oder Jochbreite gilt der grösste Abstand der Jochbögen von einander.

Als Obergesichtshöhe gilt die Entfernung von der Mitte der Stirnnasennaht bis zur Mitte des Alveolarrandes des Oberkiefers.

Es ist der Jochbreiten-Obergesichtshöhenindex $= \frac{100 \cdot \text{Obergesichtshöhe}}{\text{Jochbreite}}$.

Er beträgt bei niedrigen Obergesichtern bis 50, bei hohen Obergesichtern 50,1 und mehr.

5. Besichtigung der äusseren Nase zwecks Feststellung besonderer Formveränderungen. Bei hochgradigen Formveränderungen Photographie en face und im Profil, oder besser noch Anfertigung einer Gyps-Gesichtsmaske.

6. Feststellung des Nasenindex durch Vergleichung der Nasenbreite mit der Nasenhöhe.

Als Nasenbreite gilt die grösste Breite der Apertura pyriformis.

Als Nasenhöhe bezeichnet man die Entfernung von der Mitte der Stirnnasennaht bis zur Mitte der oberen Fläche des Nasenstachels.

Es ist der Nasenindex gemäss der Vereinbarung der Frankfurter craniometrischen Verständigung $= \frac{100 \cdot \text{Nasenbreite}}{\text{Nasenhöhe}}$ und beträgt bei

Leptorrhinie bis . . .	47
Mesorrhinie von . . .	47,1—51
Platyrrhinie von . . .	51,1—58
Hyperplatyrrhinie von .	58,1 an.

Um eine für graphische Darstellung der gefundenen Werthe empfehlswerthe Uebereinstimmung mit den übrigen Schädelindices zu ermöglichen, empfiehlt es sich nach dem Vorschlage Buser's[1]) auch einen Nasenindex aus $= \frac{100 \cdot \text{Nasenhöhe}}{\text{Nasenbreite}}$ zu berechnen.

B. Section der Halsorgane[2]).

1. Anlegung eines Hautschnittes nach der Methode Benecke's.

Man macht von den beiden Proc. mastoid. abwärts weit nach den Seiten ausgebauchte Bogenschnitte, welche sich über dem Manubrium sterni vereinigen, um von hier in den grossen Längsschnitt bis zur Symphyse überzugehen. Präparirt man den so gebildeten dreieckigen Hautlappen bis zum Unterkiefer ab, so liegt das Terrain frei für die Untersuchungen ad 2, 3, 4 und 5.

---

1) Cfr. E. Buser (Reinach), Sind der hohe Gaumen, Schmalheit und V-förmige Knickung des Zahnbogens, sowie Anomalien der Zahnstellung eine Folge der Mundathmung und des Wangendruckes? Archiv für Laryngologie. 1904. Bd. XV. S. 503. Diese der Siebenmann'schen Schule entstammende Arbeit enthält die Abbildungen der für die Gaumenmessung erforderlichen Messinstrumente.

2) Die Halsorgane müssen zuerst secirt werden, weil sonst bei der Herausnahme der inneren Nase nach der Schalle'schen oder Orth'schen Methode die Säge keinen Platz hat.

2. Besichtigung der Glandula thyreoidea und parathyreoidea.

3. Besichtigung der Lymphdrüsen, durch welche die aus dem Naseninnern abfliessende Lymphe passiren muss, und zwar:

a) der submaxillaren Lymphdrüsen,
b) der am unteren Parotispol gelegenen Drüsen,
c) der vorderen tiefen Cervicaldrüsen, welche um die Vena jugularis interna gelagert sind, namentlich des typisch im Winkel der Einmündung der Vena facialis communis in die Drosselvene gelegenen Lymphknotens,
d) der seitlichen Retropharyngealdrüsen, median von der Carotis interna, nahe ihrem Eintritt in den Canalis caroticus des Schädels (wichtigste Etappe für den Lymphstrom des Naseninnern!).

4. Besichtigung des Sympathicusstranges, sowie der Halsganglien des Sympathicus.

5. Herausnahme des „unaufgeschnittenen" Kehlkopfes im Zusammenhange mit der Zunge, der Rachenschleimhaut und der Speiseröhre (in der üblichen Weise).

6. Lostrennung des Unterkiefers nach der Methode Beneke's.

Man legt durch Abpräpariren der Ohrspeicheldrüse die Kiefergelenke bloss und exarticulirt sie. Nachdem man nun noch die aussen und innen am aufsteigenden Ast des Unterkiefers sich ansetzenden Muskeln abgetrennt hat, gelingt es leicht den Unterkiefer herabzuziehen und mit sammt dem ihm anhaftenden Hautlappen über das Gesicht nach oben zu schlagen, so dass seine Zähne auf dem Nasenrücken stehen. Nunmehr kann man den Oberkiefer genau untersuchen und dessen Vorderfläche durch Abtrennung der Weichtheile leicht weithin blosslegen.

7. Feststellung der Form des harten Gaumens, durch Vergleichung von Breite, Höhe und Länge.

Als Gaumenbreite gilt die Entfernung zwischen der Mitte der Kauflächen der beiderseitigen ersten Molaren, doch soll auch die Entfernung zwischen den ersten Prämolaren gemessen werden.

Als Gaumenhöhe gilt die senkrechte Entfernung des höchsten Punktes des harten Gaumens von der Ebene, die man sich auf die Kaufläche der oberen Zahnreihe gelegt denkt[1]).

Als Länge des harten Gaumens gilt die Distanz der Kauflächenlinie am medianen Rande der mittleren Schneidezähne von einem Punkte, der senkrecht unter der Spina nasalis posterior des harten Gaumens auf die Kauflächenebene projicirt gedacht ist[1]).

Es ist der Gaumenhöhenbreitenindex =

$$\frac{100 \cdot \text{Gaumenhöhe}}{\text{Gaumenbreite zw. d. I. Molares}} = \frac{100 \cdot \text{Gaumenhöhe}}{\text{Gaumenbreite zw. d. I. Praemolares}}$$

Es ist der Gaumenbreitenlängenindex =

$$\frac{100 \cdot \text{Gaumenbreite zwischen den I. Molares}}{\text{Gaumenlänge}}$$

8. Festlegung der Form des harten Gaumens und des Zahnbogens durch Herstellung eines Wachs- oder Gypsabdrucks.

9. Beschaffenheit der Zähne und Stellung derselben zu einander.

10. Besichtigung der Fossa canina und des aufsteigenden Oberkieferastes.

---

1) Zweckmässig für die Bestimmung der Gaumenhöhe ist das von Buser angegebene, l. c. S. 506 abgebildete, von den Instrumentenmachern Knoebel und Laubscher in Basel verfertigte Instrument. Ebendaselbst findet sich die Abbildung des zur Gaumenlängenbestimmung nothwendigen platten Stabes mit einseitiger rechtwinkliger hakenförmiger Umbiegung.



11. Herstellung eines plastischen Abdruckes des Nasenrachenraumes mittels Stents Modellings Composition nach der Methode Hopmann's[1]), event. Gypsausguss des Nasenrachenraumes am hängenden Kopf, nach vorheriger Tamponade der Nase.

C. Section der Schädelhöhle.

1. Nach Zurückschlagen der weichen Kopfbedeckungen ist auf die Beschaffenheit der platten Schädelknochen, der Fontanellen und Nähte zu achten.

2. Section des Gehirns (Ventrikelinhalt, Hypophyse, Medulla oblongata).

3. Sagittale Spaltung der Schädelbasis nach der Methode von Harke[2]) unter möglichster Schonung der Nasenscheidewand.

4. Feststellung folgender Maasse:

a) Höhe des Schädels: Von der Mitte des Vorderrandes des For. occipitale zum Scheitel, senkrecht zur Horizontalebene.

$$\text{Längenhöhenindex} = \frac{100 \cdot \text{Schädelhöhe}}{\text{Schädellänge}} = \begin{cases} \text{bis 70,1 bei platy-s. chamaecephalen, 70,1—75 bei orthocephalen,} \\ \text{über 75 bei hypsicephalen Schädeln.} \end{cases}$$

b) Länge der Schädelbasis: Von der Mitte des Vorderrandes des Hinterhauptloches bis zur Mitte der Stirnnasennaht.
c) Von der Mitte des Vorderrandes des Hinterhauptloches bis zur Mitte des Dorsum ephippii.
d) Von der Mitte des Vorderrandes des Hinterhauptloches bis zum Tuberculum sellae turcicae.
e) Von der Mitte der Stirnnasennaht bis zum Tuberculum sellae turcicae.
f) Von der Mitte der Stirnnasennaht bis zum Dorsum ephippii.
g) Entfernung von der Nasenspitze bis zur hinteren Rachenwand.
h) Entfernung von der Nasenspitze bis zum hinteren Septumrand.
i) Höhe der Nasenscheidewand in der Senkrechten durch die Crista galli.

5. Feststellung der Beschaffenheit, Länge und Breite der Nasenbeine.

6. Feststellung des Inhaltes der Stirn- und Keilbeinhöhlen. Besichtigung der sie auskleidenden Schleimhaut. Aufbewahrung der Stirnhöhlenschleimhaut zur mikroskopischen Untersuchung.

7. Beschreibung der Beschaffenheit des Nasenrachenraumes. Verhalten des adenoiden Gewebes daselbst. Beschaffenheit der Gaumentonsillen.

8. Heraussägen des beiderseitigen Naseninnern, nach vorheriger Abtrennung der Nasenscheidewand, nach der Schalle'schen Methode[3]) oder nach der einfacheren Methode von Orth[4]). Nach Orth sägt man mit einer langen schmalen Stichsäge etwa von der Mitte des Clivus aus die Schädelbasis durch, geht nach jeder Seite in einem nach aussen convexen Bogen durch den inneren Abschnitt des

1) Cfr. Hopmann, Ueber plastische Abdrücke des oberen Rachenraumes. Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 51. — Verkürzung und Verlängerung des Vomer. Zeitschr. f. Laryngol. etc. Bd. I. S. 313.

2) Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswese, einschliesslich des Gehörs. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1895 und Berliner klinische Wochenschr. 1892. No. 30.

3) Schalle (Hamburg), Eine neue Sectionsmethode für die Nasen-, Rachen- und Gehörsorgane. Virchow's Archiv. Bd. 71. S. 206. 1877.

4) Joh. Orth, Pathologisch-anatomische Diagnostik etc. VII. Auflage. Berlin 1909. Verlag von August Hirschwald. S. 150. II. 13. Untersuchung der Nasenhöhle.

Felsenbeins, die mittlere Schädelgrube, den kleinen Keilbeinflügel und die inneren Teile der Augenhöhle möglichst weit nach vorn. Sobald man mit der Säge in den harten Gaumen gerathen ist, hat man darauf zu achten, dass man hinter den Zähnen bleibt. Will man das Ohr untersuchen, so muss dasselbe in der gewöhnlichen Weise für sich herausgenommen werden. Die herausgenommenen Organe werden zweckmässig nach vorheriger Entkalkung in Serienschnitte zerlegt, da sich nur so eine Uebersicht über den ganzen Process gewinnen und ein etwaiger Krankheitsherd auffinden lässt. Nur Frontalschnitte durch das ganze Siebbein können uns z. B. zweifellose Klarheit über eine Mitbetheiligung desselben an dem Erkrankungsprocess geben!

Vor der Entkalkung der Präparate findet zweckmässig eine Besichtigung und Präparation der Tubengegend in der von Schalle angegebenen Weise statt.

D. Section der Brusthöhle.

1. Es sind zunächst die knorpligen und knöchernen Rippentheile auf besondere Veränderungen zu untersuchen, event. Stücke zur mikroskopischen Untersuchung zurückzubehalten.
2. Es ist auf das Verhalten der Glandula Thymus zu achten.
3. Bei Durchmusterung der Lungen ist auf Schleimhaut und Knorpel der grösseren und kleineren Bronchialäste zwecks Feststellung einer event. Mitbetheiligung derselben an dem Ozaenaprocess zu achten.

E. Section der Bauchhöhle.

Besondere Beachtung verdient die Beschaffenheit der Milz.

F. Die langen Röhrenknochen.

Makroskopische und histologische Untersuchung unter Berücksichtigung des Knochenmarkes.

G. Rückenmark.

Es ist das Hals- und Brustmark herauszunehmen und zu untersuchen.

Wir machen nochmals darauf aufmerksam, dass ein Sectionsbefund nur dann als unbedingt beweiskräftig betrachtet werden kann, wenn 1. die Diagnose Ozaena bereits intra vitam gestellt worden; 2. Syphilis durch Anamnese, klinische Untersuchung und Wassermann'sche Reaction ausgeschlossen worden ist.

Die in dem Abschnitt „Aeussere Besichtigung" geforderten Untersuchungen werden wohl zumeist schon intra vitam vorgenommen werden können. Wünschenswerth ist auch die Aufnahme eines Röntgenbefundes der Nasennebenhöhlen ante mortem zwecks Vergleich mit dem Sectionsbefund.

Die in dem Schema gestellten Fragen gehen zum Theil darauf aus festzustellen, ob die Ozaena wirklich eine so eng localisirte Krankheit ist, wie wir allgemein annehmen. Sie lenken ferner die Aufmerksamkeit auf die Beschaffenheit der Drüsen mit innerer Secretion und beschäftigen sich schliesslich auch mit den centralen Nervenabschnitten der oberen Luftwege, welche ebenso wie die lymphatischen Abführwege bisher bezüglich der Ozaena kaum jemals Gegenstand besonderen Studiums gewesen sind.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Rosenberg, Berlin W. 15, Joachimsthaler Strasse 12.

Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.

Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, Juli. 1912. No. 7.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals; Instrumente.

1) **G. Killian** (Berlin). **Die Laryngo-Rhinologie als Gegenstand des medicinischen Unterrichts.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1911.*

Diese schöne Antrittsvorlesung ist unter den Originalien dieses Centralblattes erschienen. S. 543. 1911.

ZARNIKO.

2) **Hennebert** und **Merckx. Die oto-rhino-laryngologische Beaufsichtigung der Schulkinder. (L'inspection oto-rhino-laryngologique des écoliers.)** *La clinique. 16. März 1912. Presse oto-laryngologique belge. No. 2. 1912.*

Die Arbeit stellt ein Referat dar, das die Verf. auf der Jahresversammlung der Société belge d'oto-rhino-laryngologie gehalten haben. Sie kamen zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Eine prophylaktisch-hygienische Aufsicht soll in allen Schulanstalten eingeführt werden.

2. Sie soll sich mit den Lectionsplänen, der Hygiene der Räume, den Vorbeugungsmaassregeln gegen ansteckende Krankheiten und der facultativen Untersuchung der einzelnen Schüler befassen.

3. Die Einzeluntersuchung hat den Zweck, die Eltern von den Schädigungen zu unterrichten, die die physische und intellectuelle Entwicklung ihrer Kinder beeinträchtigen können. In der Benachrichtigung der Eltern soll weder die Diagnose noch die Behandlung präcisirt werden. Es soll keinerlei Behandlung in der Schule eingeleitet werden.

4. Die ärztliche Schulaufsicht soll allgemeinen Aerzten übertragen werden und Specialärzten in allen Fällen, wo die Umstände es erlauben. Das Eingreifen der Specialärzte darf keinesfalls dem der allgemeinen Aerzte untergeordnet sein.

PARMENTIER.

3) **H. Vörner** (Leipzig). **Primärefflorescenz des Lupus und Primäraffect.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1912.*

Bezugnehmend auf die Arbeiten Sticker's, Gerber's u. A., die von dem „Primäraffect" des Gesichtslupus im Nasenvorhof sprechen, macht Autor auf die ursprüngliche Bedeutung des Begriffes Primäraffect aufmerksam, der „als primäre gewebliche Veränderung die Folge einer Inoculation des speciellen Erregers bei einem von der Krankheit bisher noch völlig verschonten Individuum" angesprochen wird. Die Entstehung des Lupus dagegen erfolgt bisweilen „auf metastatischem Wege vermittelst der Blut- und Lymphbahn, dann durch Infection per contiguitatem (von unter der Haut oder Schleimhaut befindlichen, oft kaum nachweisbaren, bacillenhaltigen Herden) und schliesslich durch Inoculation", wobei letztere nicht selten durch Autoinfection des schon anderweitig erkrankten Individuums entsteht. Eine zweite, unerlässliche Eigenschaft des Primäraffectes besteht in der Verschleppung der pathogenen Keime auf dem Wege der Lymph- oder Blutbahn nach allen möglichen Stellen des Organismus. Dieses Verhalten zeigt weder der Lupus im Allgemeinen, noch der von der Nasenschleimhaut ausgehende Gesichtslupus. Aus diesen Gründen räth Autor, das erste Knötchen, welches sich auf Haut oder Schleimhaut entwickelt, als Primärefflorescenz des Lupus und nicht als Primäraffect zu bezeichnen und dadurch eine Verflachung des ganzen Begriffs Primäraffect zu vermeiden.

HECHT.

4) **Fein** (Wien). **Sklerom.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 16. Febr. 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1912.*

Sklerom bei einem Kranken, welcher, Symptome eines chronischen Katarrhes vortäuschend, lange Zeit als Träger dieser schleichenden Seuche die Weiterverbreitung begünstigte.

Schwarz und Freund sprechen sich in der Discussion über den günstigen Einfluss der Radium- resp. Röntgenbehandlung bei Sklerom aus.

HANSZEL.

5) **F. Pick** (Prag). **Ueber Sklerom.** Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen. *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1912.*

Epidemiologisch ist ein langsames Fortschreiten dieser Erkrankung nach dem Westen Böhmens zu constatiren. Das Serum dreier Sklerompatienten zeigte mit dem Extract der Sklerombacillen typische Complementablenkung, wogegen diese gegenüber den meisten anderen Kapselbacillen fehlte. Eine Hautreaction ähnlich der Pirquet'schen ist mit Sklerombacillen nicht zu erzielen.

O. CHIARI.

6) **G. F. Drozdowicz. Ueber Behandlung des Nasen- und Kehlkopfskleroms mittelst Röntgenstrahlen. (Lecrenie twarzieli nosa i Krtani zapomoces naswietlan promieniami Röntgena.)** *Gaz. Lek. No. 4. 1912.*

Der Verf. beschreibt einen Fall von Nasen- und einen Fall von Kehlkopfsklerom mit günstigem Resultat nach Röntgenstrahlenbeleuchtung. In beiden Fällen verschwanden die skleromatösen Infiltrationen völlig. Verf. beleuchtete serienweise alle 3—5 Wochen, in jeder Serie je 3 längere Beleuchtungen, indem er zusammen bis zu 7 Einheiten Holzknecht's gelangte.

Ausserdem beobachtete der Verf. leider allzu kurz noch 6 Fälle — ebenfalls mit positivem Resultat in jedem einzelnen Falle. v. SOKOLOWSKI.

7) **Demminne. Voluminöse, den Oberkiefer, Vomer, das Gaumenbein und den Pterygoidfortsatz des Keilbeins in Mitleidenschaft ziehende Quecksilbernekrose. (Nécrose mercurielle volumineuse intéressant le maxillaire supérieur, le vomer, le palatin et l'apophyse pterygoide du sphénoide.)** *Presse méd. belge. No. 1. Janvier 1912.*

Es handelte sich im vorliegenden Falle um eine nicht specifische Quecksilbernekrose; mehrere Injectionen mit grauem Oel, das einige Zeit eingekapselt liegen blieb, hatten eine Sättigung des Organismus mit Hg herbeigeführt, hinreichend, um die beschriebenen Zufälle zu bewerkstelligen, jedoch nicht stark genug, um eine überacute Intoxication herbeizuführen. PARMENTIER.

8) **W. Haesner. Ueber Verwendung des Paraffins zu plastischen Operationen.** *Dissert. Breslau 1909.*

Die Arbeit giebt eine Uebersicht über die günstigen Erfolge der Paraffininjectionen, auch auf unserem Specialgebiet. OPPIKOFER.

9) **Wenglowski** (Moskau). **Ueber die Halsfisteln und Cysten.** *Arch. f. Chirurgie. Bd. 98. 1912.*

Die mediäre Schilddrüsenanlage entwickelt sich beim Menschen aus dem Mundbodenepithel als ein derber Zellenstrang ohne Lumen. Unter pathologischen Verhältnissen wandeln sich die Schilddrüsentheile in abnorm localisirte Kröpfe (in Zunge, Zungenbeinkörper etc.) um. Die „normalen" Cysten können in pathologische mediane Cysten und Fisteln übergehen. SEIFERT.

10) **Charles A. Powers. Halsphlegmone. (Woody phlegmon of the neck.)** *Journ. Amer. medical association. 29. Juli 1911.*

Verf. stellt fest, dass die sog. „hölzerne Phlegmone" des Halses ein nicht häufiges Vorkommniss ist. Sie findet sich im Allgemeinen bei Männern in schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand und jenseits des Alters von 45 Jahren. Im Allgemeinen findet sich eine vorangehende Infection der Gewebe der Mund- oder Rachenhöhle oder der Speicheldrüsen. Der Zustand ist ein ziemlich chronischer und die Differentialdiagnose gegen Carcinom oder Sarkom oder Aktinomykose kann bisweilen Schwierigkeiten machen. Im Allgemeinen neigt die Erkrankung zur Heilung. Todesfälle kommen vor in Folge von Kehlkopfödem oder in Folge diffuser Ausbreitung und Erschöpfung. Feuchtwarme Umschläge sind zweifellos von Werth; grosse Incisionen, in geeigneten Fällen auch Excisionen grosser Strecken von brettartigem Gewebe können gemacht werden. Der allgemeine Kräftezustand soll so hoch wie möglich gebracht werden. Eine sorgfältige mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ist in jedem Fall nöthig. Autogene Vaccinen können sich als werthvoll erweisen. Der Chirurg soll in jedem Augenblick gefasst sein, die Intubation oder Tracheotomie machen zu müssen. EMIL MAYER.

11) **A. M. Kennedy. Vergrösserung der Thymus. (Enlargement of the thymus.)** *Glasgow med. journ. Januar 1912.*

Die Thymus war vergrössert und von angiomatöser Structur. Es handelte sich entweder um eine wirkliche Geschwulst oder um einen Zustand venöser Congestion, wie sie sich in den anderen Organen des Körpers fand.

A. LOGAN TURNER.

12) **Lippens. Die Pathologie und chirurgische Therapie der Thymushypertrophie. (La pathologie et la thérapeutique chirurgicale de l'hypertrophie du thymus.)** *Institut de thérapeutique. 19. Januar 1912.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die neueren Kenntnisse betreffs der topographischen Anatomie der Drüse. Er schildert die Symptome der auf die experimentelle Entfernung der Drüse folgenden Cachexia thymopriva. Die beim Menschen vorgeschlagenen Eingriffe sind folgende: Exothymopexie (wieder aufgegeben), Resection des Manubrium sterni (wieder aufgegeben, weil unnütz und gefährlich); die subtotale und subcapsuläre Thymectomie. Verf. schildert die Technik der letztgenannten Operation, deren Resultate und Contraindicationen. PARMENTIER.

13) **A. Friedländer. Involution des Thymus durch Röntgenstrahlen. (Involution of thymus by Roentgen ray.)** *Arch. of pediatrics. October 1911.*

Verf. hat Versuche gemacht, auf Grund deren er sich zu der Annahme berechtigt glaubt, dass wir in den Röntgenstrahlen ein sehr werthvolles therapeutisches Mittel für die Behandlung der Thymushypertrophie besitzen. Aber nicht nur die Thymushypertrophie, sondern auch der Status lymphaticus selbst lässt sich durch die Thymusbestrahlung günstig beeinflussen. Verf. schliesst dies daraus, dass er im Stande war, durch Bestrahlung der Thymus auch Veränderungen in der Milz herbeizuführen. Die klinischen Erfahrungen, die er mit dieser Behandlungsmethode erzielt hat, bezeichnet Verf. als ausgezeichnet.

EMIL MAYER.

14) **Lorthioir. Kind, operirt mit Thymectomie. (Enfant, opéré de thymectomie.)** *Annal. de la soc. belge de chirurgie. 25. November 1911.*

Drei Monate altes Mädchen mit Thymusasthma. Operation mit darauffolgender allgemeiner Besserung. PARMENTIER.

15) **Kuttner. Eine sterilisirbare Stirnlampe.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 5. S. 75. 1912.*

Verf. hat seine von ihm angegebene Stirnlampe weiter modificirt. Während früher der Untersucher leicht elektrische Schläge erhielt, werden dieselben jetzt durch Einschaltung eines Multostaten vermieden. Um im Ferneren die allmählich starke Erhitzung der Lampe zu umgehen, wurde der über die Lampe zu stülpende die Linsen enthaltende Cylinder aus schlecht leitendem Fiber hergestellt und in beiden Enden mit Wulst versehen. Dieser Cylinder kann vor der Operation sterilisirt werden. Die Lampe (Elektricitätsgesellschaft „Sanitas" Berlin) wird abgebildet. OPPIKOFER.

16) **Muck** (Essen). **Elektrische Lampe zum Beleuchten von kleinen Wundhöhlen (Ohren-, Nasen- und Augenoperationen).** *Med. Klinik. No. 22. 1912.*

Anwendung bei Totalaufmeisselung des Warzenfortsatzes und bei Killian-scher Operation des Stirnhöhlen- und Siebbeinzellenempyems. SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) **A. Logan Turner. Die Ausbreitung bakterieller Infectionen von Nase und Rachenraum auf dem Lymphwege. (The spread of bacterial infections from the nose and nasopharyngeal cavities by way of lymphatic channels.)** *Edinburgh medical journal. November 1911.*

Nach einer Uebersicht über die Bakteriologie der oberen Luftwege und einer kurzen Beschreibung der von ihnen ausgehenden Lymphbahnen erörtert der Verf. die experimentellen, pathologischen und klinischen Gründe für und gegen die Annahme einer Verbreitung der Mikroorganismen auf dem Lymphwege. Der erste Abschnitt der Arbeit handelt von den Infectionen des Gehirns und seiner Häute, der zweite von der Infection der Lungen durch den Tuberkelbacillus durch die cervicalen Lymphdrüsen. Verf. betont die Schwierigkeit, diesen Infectionsweg genau festzustellen. A. LOGAN TURNER.

18) **Frank Brawley. Diagnose der mit Augenaffectionen combinirten Nebenhöhlenerkrankungen. (Diagnosis of associated diseases of the eye and nasal accessory sinuses.)** *The laryngoscope. Oct. 1911. Illinois med. journ. Aug. 1911.*

Verf. theilt die das Sehorgan in Mitleidenschaft ziehenden Nebenhöhlenaffectionen in folgende Gruppen ein: Acute oder chronische Sinusitis mit äusseren Augenerscheinungen (Orbitalphlegmone, Abscess, Schwellung oder Oedem der Lider); Sinusitis ohne äussere Zeichen, aber begleitet von Neuritis optica, Netzhauterkrankung, Skotom, Gesichtsfelddefecte oder Augenmuskellähmung; Sinusitis als mögliche Ursache für Glaukom, Iritis, Keratitis, Uveitis etc., selten wirken Mucocelen der Sinus als ätiologischer Factor und schliesslich wird einseitiger Augen- oder Kopfschmerz als Folge der Luftverdünnung in der Stirnhöhle oder den Siebbeinzellen angeführt. Seitdem die Diagnostik der Nebenhöhlen vervollkommnet ist, steht fest, dass Siebbeinerkrankungen weit häufiger sind, als man früher glaubte und dass sie öfter die Ursache von Augenerkrankungen bilden, als Stirn- oder Kieferhöhlenaffectionen. In allen Fällen von Augenkrankheiten ist eine sorgfältige Nasenuntersuchung geboten. EMIL MAYER.

19) **Th. Axenfeld** (Freiburg i. Br.). **Endonasale Behandlung der orbitalen Mucocelen, besonders solcher des Siebbeins und des Thränensackes.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1911.*

Bewirkt eine grosse orbitale Siebbeinmucocele beträchtliche Verdrängung des Bulbus, ohne in der Nase besondere Erscheinungen zu machen, so wird man von vornherein geneigt sein, von aussen zu operiren. Verf. zeigt an mehreren Beispielen, dass dieses Beginnen verkehrt sein kann. Die von der Nase aus mit breiter

Eröffnung operirten Fälle kamen zu vollkommener Heilung, ohne jegliche äusserliche Entstellung. Man soll deshalb immer zunächst intranasal vorgehen und die äusserliche Operation als ultimum refugium ansehen. — Weniger günstig für die intranasale Operation liegen die Stirnhöhlenmucocelen. Am ungünstigsten die analogen Erkrankungen des Thränensackes. Doch konnte auch hier in einem Falle durch eine von Prof. Killian ausgeführte intranasale Operation ein vortreffliches Resultat erzielt werden.

ZARNIKO.

20) **Birch-Hirschfeld. Zum Kapitel der Orbitalentzündungen.** *Zeitschr. für Augenheilkunde. Januar 1912.*

Unter den mitgetheilten Fällen ist einer, wo ein Orbitaltumor sich bei der Operation als Mucocele der Stirn- und Ethmoidalhöhle entpuppte. Der rechte Augapfel war nach aussen und unten verlagert; im oberen inneren Theil der Orbita eine derbe Resistenz. In der Nase keine Veränderungen. Die Mucocele war apfelgross; ihre orbitale Wand wurde abgetragen, die Schleimhaut sorgfältig ausgekratzt. Heilung.

FINDER.

21) **Baumgarten** (Budapest). **Die durch nasale Operationen geheilten und gebesserten Sehstörungen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Verf. fügt zu seinen bisher in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1910 und 1911 veröffentlichten Fällen sechs weitere hinzu.

Von den 17 Fällen wurden 5 als Neuritis retrobulbaris, 2 als Amblyopie bezeichnet, in 3 Fällen bestand acute Papillitis, in 2 Fällen chronische Papillitis, in 3 Fällen Neuritis acuta und in 2 Fällen Decoloratio papillae. Dreimal wurden Nebenhöhlenerkrankungen nachgewiesen, Empyem des Sinus sphenoidalis, Empyem der Siebbeinzellen, Ethmoiditis necroticans. Einmal war ein Septumgumma vorhanden. — In 7 Fällen wurde eine Bulla ethmoidalis als Ursache gefunden. Viermal wurde eine aufgetriebene mittlere Muschel zur Eröffnung des Sinus sphenoidalis entfernt, einmal eine normal aussehende, da sie das Septum drückte und einmal wurden Auftreibungen der sonst atrophischen Muschel entfernt. Der Erfolg war fast stets überraschend gut, den glänzendsten stellt die Heilung einer Erblindung in Folge Verschwindens der Neuritis vier Tage nach erfolgter Operation dar.

W. SOBERNHEIM.

22) **H. F. Dubois** (Breda). **Einseitige rhinogene Papillitis. (Rhinegene eenzijdige papillitis.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. 1. S. 336. 1912.*

Bei einem 45jährigen Herrn seit einigen Tagen deutliche linksseitige Papillitis unter dem Bilde einer echten Stauungspapille; Visus normal; blinder Fleck vergrössert. Nasenbefund normal mit Ausnahme einer beiderseitigen Schleimhauthyperämie. Zwei Tage später Zunahme der Papillitis, Retinablutungen. Die hinteren Nebenhöhlen wurden von Struycken eröffnet, und in einer sehr weiten Ethmoidalhöhle Schleimeiter gefunden. Die ersten Wochen sank der Visus auf 6/36 herab, während die Papillitis sich besserte. Nach weiteren sechs Wochen war die Papille normal; Visus 6/18. Zehn Monate p. o. war der Visus 6/8; Papille normal; blinder Fleck nicht vergrössert.

Verf. weist auf den von den meisten beschriebenen Fällen abweichenden Verlauf hin und betont, dass die deutliche Stauungspapille nicht durch Compression verursacht gewesen sein kann, sondern einer bakteriellen resp. Ptomaininfection zugeschrieben werden muss.

In der Discussion meint Snellen, dass die cerebral ausgelöste Papillitis, die auf Entzündung nicht beruhende Stauungspapille, anfänglich den Visus nicht beeinträchtigt, während dagegen bei der rhinogenen Papillitis bereits im Anfang eine merkliche Herabsetzung der Sehschärfe besteht.

Blok dagegen sah bei Hirnleiden oft eine Papillitis, welche sich von der rhinogenen in nichts unterscheidet. Die einfache blumenkohlförmige Schwellung der Papille wird wohl immer auf intracranielle Processe hindeuten.

De Kleyn weist auf die Möglichkeit zugleich bestehender Nebenhöhlen- und Hirnaffection hin, worauf Dubois erwidert, dass in seinem Falle die Papillitis nach der Eröffnung des Siebbeins schnell und vollständig heilte. H. BURGER.

23) **Harald Gjessing. Van der Hoeve's Symptom bei den Entzündungen in den Nebenhöhlen der Nase. (Van der Hoeve's Symptom ved betaendelsestilstande i naesens bihuler.** *Medicinsk Revue. No. 2. 1912.*

G. hat 28 Patienten mit Nebenhöhlenleiden untersucht und in ungefähr der Hälfte der Fälle das van der Hoeve'sche Symptom, d. i. Vergrösserung des Mariotte'schen Fleckes gefunden. E. SCHMIEGELOW.

24) **Wertheim** (Breslau). **Ueber die Bedeutung, Erkennung und Behandlung der Nasennebenhöhleneiterungen.** *Med. Klinik. No. 11 u. 12. 1912.*

Allen Statistiken und klinischen Berichten über Heilung von Nebenhöhleneiterungen durch conservative Behandlung steht W. skeptisch gegenüber, wenn nicht ausdrücklich betont ist, dass bei jedem einzelnen als geheilt rubricirten Falle die Normalität der Höhle durch deren Auswaschung sichergestellt wurde.

Mit Wertheim möchten auch wir wünschen, dass den Nebenhöhleneiterungen von Seiten der praktischen Aerzte weitergehende Beachtung geschenkt werden möge als bisher. SEIFERT.

25) **James Adam. Eine Bemerkung über die Function der Muscheln und der Nebenhöhlen. (A note on turbinal and sinus function.)** *Journ. of Laryngol., Rhinol. and Otol. Juni 1911.*

Die Nebenhöhlen nehmen einen wichtigen Antheil an der Erwärmung und Anfeuchtung der eingeathmeten Luft. Bei körperlicher Anstrengung, ebenso wie in heisser trockner Atmosphäre oder wenn kalte Luft eingeathmet wird, schrumpfen die Muscheln. Dies ist gerade das Gegentheil von dem, was man erwarten müsste, wenn die Muscheln der wichtigste Theil der Nase wären in Bezug auf die Function der Erwärmung und Anfeuchtung der Athemluft. Andererseits werden durch die Schrumpfung der Muscheln die Mündungen der Muscheln geöffnet und es kann nun die in ihnen enthaltene warme Luft mit dem Inspirationsstrom nach oben steigen.

Versuche mittels Inhalation feiner Pulver zeigen, dass bei körperlicher Anstrengung ein grosser Theil des inspiratorischen Athmungsstroms durch den mittleren Nasengang geht; das Pulver schlägt sich über dem Hiatus semilunaris nieder. Möglicherweise hat das Antrum mastoid. dieselbe Function in bezug auf das Mittelohr.

A. J. WRIGHT.

26) **Fallas. Perlenepitheliom der Haut, welches alle Nebenhöhlen befallen hatte. (Epithéliome perlé cutané ayant envahi tous les sinus de la face.)** *Annal. de la soc. médicochir. du Brabant. No. 8. 1911.*

Frau von 65 Jahren, operirt im April 1909 an einem kleinen Cancroid am linken Nasenkieferwinkel. Im September desselben Jahres Tumor am linken inneren Augenwinkel, welcher rasch zunahm. Operation am 14. September; Curettage bis in den Sin. front. und Cauterisation mit ZnCl. Die Geschwulst ergreift darauf die Siebbeinzellen; Radicaloperation nach Moure mit Ausräumung der Gesichtshöhlen, Resection eines Theils der Nasenscheidewand, der Lamina cribrosa etc. Im Februar 1909 neue Operation, welche die Ausbreitung der Geschwulst ebenfalls nicht hintanhalten konnte. Exitus letalis im November 1909.

Die von Steinhaus vorgenommene Untersuchung des Tumors ergab ein keratitisirtes Plattenepitheliom mit Perlkugeln, das seinen Ausgang von einem Hautepitheliom genommen, in die Nasenhöhlen eingedrungen und in die Schleimhaut desselben prolifirt war.

BAYER.

27) **J. A. Pratt. Behandlung von Sinus- und Mittelohrerkrankungen mittelst Vacuumpumpe. (Treatment of sinus and middle-ear disease with the vacuum-pump.)** *Journ. Amer. medical association. 18. März 1911.*

Nachdem die Pumpe an den Wasserhahn angeschlossen ist, wird der Patient angewiesen, den Nasenansatz in das eine Nasenloch zu stecken, während er das andere zuhält; beim Schlucken hebt sich dann das Gaumensegel und schliesst den Nasenrachenraum ab, während durch die Saugkraft der Pumpe das Gaumensegel festgehalten wird. Sobald der Patient die Saugwirkung fühlt, soll er den Mund öffnen; die Zunge liegt schlaff in der Mundhöhle und der Patient athmet durch den Mund.

Verf. findet auf Grund seiner Erfahrungen, dass eine Saugwirkung von zehn Minuten Dauer genügt, um die Höhlen zu entleeren und ihren Schleimhäuten eine stimulirende Hyperämie zu verleihen.

EMIL MAYER.

28) **Br. Karbowski. Ein Beitrag zur Pathologie der Sinuitis frontalis c. dilatatione. (Przyczynek do patologii rozszerzenia zatoki czołowej.)** *Gaz. lek. No. 51, 52. 1911.*

Verf. bespricht kritisch die streitigen Punkte in der pathologischen Histologie des obengenannten Leidens auf Grund eigener histologischer Untersuchungen, deren Details sich nicht zum Referiren eignen. Verf. schliesst sich Gerber's Ansicht an, nach welcher sämmtliche Formen der Frontalsinuitis mit Dilatation in eine Gruppe zusammenzufassen sind.

v. SOKOLOWSKI.

29) **B. Karbowski** (München). **Ein casuistischer Beitrag zur doppelseitigen Stirnhöhlenerweiterung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 4. S. 551. 1911.*

Es handelte sich um eine symmetrische Erweiterung der beiden Stirnhöhlen mit Durchbruch an der unteren Wand bei einer 31 Jahre alten Näherin. Die Patientin litt seit einigen Monaten an starken Stirnschmerzen, die auftraten, als der seit einem Jahre bestehende eitrige Nasenfluss verschwand. Die Cystenwand stülpte sich durch die breite Knochenlücke am Boden der Stirnhöhle hernienartig nach den Orbitae zu vor und bewirkte eine prallelastische Schwellung an den inneren oberen Augenwinkeln. Der dickrahmige und geruchlose Eiter war bakterienfrei. Die Schleimhaut bestand aus derbem Bindegewebe mit auffallend geringem Zellgehalt; das Epithel fehlte an den meisten Stellen oder war abgeplattet, stellenweise einem Endothelbelag ähnlich. Operation, Heilung.

OPPIKOFER.

30) **Harris Peyton Mosher. Eine Methode zur Obliteration des Ductus nasofrontalis und zum Katheterismus der Stirnhöhle. (A method of obliterating the nasal frontal duct and catheterizing the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. September 1911.*

In einem grossen Procentsatz aller Fälle findet sich an der inneren oberen Fläche des Processus frontalis des Oberkiefers gerade gegenüber von dem vorderen Ende der mittleren Muschel eine Vorwölbung, gebildet durch eine vordere Siebbeinzelle, die von ihrer anatomischen Lage als Cellula aggeris nasi bezeichnet wird. Verf. hat gefunden, dass, wenn man die innere Wand dieser Zelle mit einer Curette durchbricht, man in eine ziemlich geräumige Höhle gelangt. Eine nach der gewöhnlichen Art für die Stirnhöhlenkatheterisation gebogene Sonde, die in diese Höhle eingeführt wird, geräth mit grosser Leichtigkeit in die Stirnhöhle.

Verf. bezeichnet dies Verfahren nach seinen Untersuchungen am Cadaver als das leichteste zur Katheterisation der Stirnhöhlen. Beim Lebenden hat er es zweimal versucht; es gelang beide Male und in dem einen Mal machte es die bereits geplante Killian'sche Operation unnöthig.

EMIL MAYER.

31) **Marly** und **Bourguet. Die Stirnhöhlenentzündung. (Sinusite frontale.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXII. No. 3.*

Unsere Autoren haben zwei Fälle, die ziemlich schwer gewesen zu sein scheinen, durch einen modificirten Killian rasch, sogar auffallend rasch zur Ausheilung gebracht. Die Modification erscheint uns ziemlich belanglos. Zunächst entfernen die Autoren nicht die ganze vordere Wand, sondern sie begnügen sich, eine bloss fingerbreite Bresche in die Wand zu meisseln. Auf diese Weise hoffen sie bessere kosmetische Resultate zu erzielen, als mit Erhaltung einer Spange. Ausserdem konnten sie sich die untere Wand des Sinus zugleich mit dem aufsteigenden Fortsatz des Oberkiefers in einem Stück herausbebeln, ohne die Schleimhaut der Nase gleich zu eröffnen. Erst wenn die perifrontalen Ethmoidalzellen gereinigt sind, durchschneiden sie die Schleimhaut, die wie ein Vorhang das Naseninnere deckt. Die Autoren vernähen ohne zu drainiren.

LAUTMANN.



32) **Sargnon. Zwei neue Fälle von Stirnhöhleneiterung auf innerem Wege behandelt. (Deux nouveaux cas de sinusites frontales traités par voie interne.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXII. No. 3.*

Wir machen die Statistiker aufmerksam, dass im Titel offenbar ein Irrthum untergelaufen ist und die beiden Fälle mit breiter Eröffnung der Stirnhöhle behandelt worden sind. In dem einen Falle handelt es sich um eine chronische Eiterung der Stirn- und Siebbeinhöhle, die mittels der Operation nach Taptas (in $1^1/_2$ Stunde ausgeführt) geheilt worden ist. Im zweiten Falle wurde bei einem 14jährigen Knaben im Coma ein grosser Sinus eröffnet. Doch da zur Zeit der Operation schon die Meningitis florid war, ging der Knabe einige Stunden nach der Operation zu Grunde.

LAUTMANN.

33) **Delsaux. Zwei schwere Fälle von acuter Stirnhöhleneiterung durch endonasale Behandlung geheilt. (Deux cas graves de sinusite frontale aigue guéris par le traitement endo-nasal.)** *La presse laryngologique belge. No. 1. 1912.*

Verf. hat zwei schwere Fälle von acuter Stirnhöhleneiterung durch conservative Behandlung geheilt und glaubt daraus schliessen zu dürfen, dass viele Fälle unnöthig operirt werden, die auf dieselbe Weise zur Heilung gebracht werden könnten.

PARMENTIER.

34) **Thomas J. Gallaher. Erhaltung der Vorderwand bei der äusseren Stirnhöhlenoperation. (Preservation of the anterior wall in the external frontal sinus operation.)** *The laryngoscope. November 1911.*

Zweifellos ist die Entfernung der vorderen Wand in einigen Fällen der Killian'schen Radicaloperation nothwendig, jedoch sicher weniger häufig, als sie gewöhnlich ausgeführt wird. Die Oeffnung nach der Nase zu muss so weit als irgend möglich sein.

Viele unbefriedigende Resultate bei der Killian'schen Operation sind auf mangelhafte Nachbehandlung zurückzuführen. In manchen Fällen muss die Höhle von der nasalen Oeffnung aus mit Gaze austamponirt werden; auch muss gelegentlich, wenn die Umstände es erfordern, der Argentumstift angewandt werden.

EMIL MAYER.

35) **G. Ritter** (Berlin). **Kosmetische Stirnhöhlenoperationen.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. Bd. 5. S. 17. 1912.*

Verf. resecirt bei der Radicaloperation der Stirnhöhle nur die orbitale Wand, entfernt von unten her die Schleimhaut und schont aus kosmetischen Rücksichten die Vordefwand. Durch Wegnehmen des Siebbeins nach vorsichtiger Resection des Processus frontalis des Oberkiefers kommt die ausgekratzte Stirnhöhle in weite Verbindung mit der Nasenhöhle. Der Hautschnitt wird primär vernäht. Der Gang der Operation ist genau wiedergegeben.

Die Angaben des Autors decken sich im Grossen Ganzen mit dem Vortrage,

den er auf der letzen Versammlung deutscher Laryngologen gehalten hat. Diesem früheren Referate (in dieser Zeitschrift, Bd. 27, S. 380, 1911) ist nur Folgendes beizufügen: Unter 15 mit Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand operirten Fällen hat R. einen an postoperativer Meningitis verloren. In einem anderen Fall dauerte die Eiterung weiter, obwohl die Höhle klein gewesen war, und die Oeffnung nach der Nase zu sorgfältig offen gehalten wurde. Die übrigen 13 Fälle heilten aus. Hörner (Leipziger Universitätsklinik) hat dieselbe Methode wie Ritter angewendet und unter 16 Fällen bei 15 Heilung erzielt.

Intranasale Maassnahmen zum Offenhalten der Verbindung zwischen Nasen- und Stirnhöhle sind während der Ausheilungszeit bei grossen Höhlen häufig nothwendig. Aber auch später disponiren grosse Höhlen, die bei der Methode des Verfassers als Nebenhöhlen der Nase weiterbestehen, eher einmal zu einem Recidiv. Bleibt deshalb ein Patient mit einer grossen Stirnhöhle nicht in der Nähe eines Specialarztes, so räth Verf. in diesem Falle lieber die Killian'sche Methode anzuwenden.

Beim Wegnehmen des Siebbeins soll die Löffelzange nur von oben nach unten fassen, um vorläufig die mediale Siebbeinwand zu erhalten. Diese wird dann nachträglich auf einen Stumpf von ca. 3 mm Höhe mit einer Scheere abgeschnitten; dadurch vermeidet man ein Ausreissen der Olfactoriusfasern und vermindert dadurch die Gefahr der postoperativen Meningitis. OPPIKOFER.

36) **Henry Horn. Einige aus einer Serie von 28 äusseren Operationen an Stirnhöhle und Siebbein gezogene Lehren. (Some lessons drawn from a series of twenty-eight external operations on frontal sinus and ethmoid labyrinth.)** *Journ. amer. med. association. 2. September 1911.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Todesfälle nach Killian'scher Radicaloperation ihren Ursprung nicht im Operationsgebiet selbst haben, sondern darauf zurückzuführen seien, dass eine erkrankte Siebbeinzelle, überhaupt irgend eine Eiteransammlung bei der Operation übersehen worden sei. Alles komme daher darauf an, vor der Operation den Zustand aller Nebenhöhlen genau zu bestimmen und nachher vollkommene und dauernde Drainage anzulegen.

Verf. sieht in der Anwendung des allmählich gesteigerten negativen Drucks das vorzüglichste Hilfsmittel in der Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen. Er stellt es vor die Röntgenstrahlen und die Durchleuchtung. Für den Erfolg der Operation kommt in Betracht in erster Linie Gründlichkeit der Operation, ferner die Anwendung des negativen Drucks bei der Nachbehandlung. In denjenigen seiner Fälle, die nicht geheilt waren und die wieder operirt werden mussten, stellte sich stets heraus, dass eine übersehene Siebbeinzelle die Ursache der andauernden Beschwerden gewesen war. EMIL MAYER.

37) **Srebrny. Ein Fall von knöchernem Verschluss der Choanen bei einem viermonatigen Kinde.** *Zamkrugcie kostne otworow nosa. Medycyna No. 17. 1911.*

Das Kind wog bei der Geburt circa 5 Pfund. Bei der Inspiration fand eine Einziehung der supraclavicularen Gruben und der Wangen statt. Beiderseitige

Fistula auris congenita. Hochstand des harten Gaumens. Die Atresie befand sich 4 cm vom Naseneingange. Verf. operirte mit Meissel und scharfem Löffel.

A. v. SOKOLOWSKI.

38) **Villardosa Llubes** (Barcelona). **Ein Fall von schwerer Syphilis des Nasenrachenraums durch Arsenobenzol geheilt. (Un caso de sifilis grave de la cavidad nasofaringea curado por el arseno benzol.)** *Rev. Barcelonesa de enfermedades de oidos, garganta y nariz. 30. Juni 1911.*

Es handelte sich um einen Patienten, bei dem schwere syphilitische Erscheinungen im Nasenrachenraum der Behandlung mit Quecksilber, Jod und Arsenpräparaten trotzten, bis auf eine einmalige intravenöse Salvarsaninjection Heilung erfolgte.

A. J. TAPIA.

39) **J. Guisez. Narbige Stenose im Nasopharynx. (Stenose cicatricielle du nasopharynx. Opération et dilatation caoutchoutée postopératoire.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXI. No. 2. 1911.*

Es handelte sich um eine Stenose (nicht des Nasopharynx, sondern des Oropharynx), die sich infolge von Diphtherie in der Kindheit der Patientin entwickelt hatte und die der 18jährigen Patientin nur eine Mundathmung gestattete. Die Operation fand auf dem gewöhnlichem Wege, jedoch in Chloroformnarkose, statt. Interessant ist die Nachbehandlung, die mit einem hemdkragenförmigen Kautschukdilatator erfolgte, der gut sass und keine Störungen verursachte, nachdem eine von Delair verfertigte Prothese sich als unbrauchbar erwiesen hatte.

LAUTMANN.

40) **M. Caradec. Der Choanalpolyp. (Le polype choanal.)** *Dissert. Paris 1910.*

Verf. vertritt die Auffassung von Killian, dass die Choanalpolypen aus dem Kieferhöhleninnern stammen. Recidive sind wegen der versteckten Ansatzstelle sehr häufig. In der Literatur ist kein Fall eines Choanalpolypen bekannt, der bösartig geworden wäre.

OPPIKOFER.

41) **Zarniko** (Hamburg). **Ueber die Behandlung der typischen (juvenilen) Nasenrachenpolypen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. S. 1916. 1911.*

Verf. empfiehlt, wo es angeht, die Palliativbehandlung der typischen Nasenrachenpolypen mit Hülfe der Elektrolyse.

Autoreferat.

42) **C. M. Brown. Carcinom des Nasenrachens. (Carcinome of the nasopharynx.)** *The laryngoscope. November 1911.*

Bericht über einen Fall von Plattenzellenkrebs bei einem 49jährigen Mann.

EMIL MAYER.

43) **M. Aboulker. Beitrag zum Studium des malignen Tumoren des Nasenrachens. (Contribution à l'étude des tumeurs malignes du nasopharynx.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XX. No. 2. 1912.*

Ein Ueberblick über die veröffentlichten Fälle ergiebt eine Zahl von 120, zu denen Verf. noch 4 bisher unveröffentlichte Fälle hinzufügt. Es wird das klinische

Bild dieser Tumoren skizzirt. Zu den bisher bekannten Anfangsformen dieser Tumoren mit Respirationserscheinungen, Ohrstörungen, Drüsenschwellung fügt Verf. eine vierte Form des Beginnes mit Schmerzen in der Stirngegend hinzu. Diese Tumoren werden Anfangs vom praktischen Arzt behandelt, jedoch gewöhnlich verkannt, dem Rhinologen werden sie gewöhnlich zugeführt, wenn sie bereits sehr ausgebildet sind. Die vier obgenannten Anfangssymptome sollten dem praktischen Arzt in ihrer Bedeutung vorgeführt werden, dann wird ihre zeitliche Erkennung erleichtert werden, genau wie man jetzt den Kehlkopfkrebs nur in Folge von Heiserkeit aufzusuchen gelernt hat. Die Operationschancen, die heute noch schlechte sind, werden dann auch bessere werden. In zwei Fällen hat Verf. den Patienten 15 und 18 Monate nach der Operation am Leben erhalten können. Als besten Operationsweg schlägt Verf. für diese Tumoren den paralatero-nasalen Weg (Operation von Moure) vor.

LAUTMANN.

44) **Edwin Roos. Ueber adenoide Wucherungen, die mit Jodkalium behandelt wurden. (Om Behandlingen af adenoide Vegetationer med Jodkalium indverter.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. Februar 1912.*

Verf. berichtet, dass er seinen eigenen 7jährigen Sohn mit 0,25 g 2 Mal täglich ohne Nebenwirkung behandelt habe. Der Nasenrachenraum war mit adenoiden Vegetationen gefüllt, und nach 3 monatigem Gebrauch von Jodkalium waren die Wucherungen vollständig verschwunden.

E. SCHMIEGELOW.

45) **C. Arnim Gundlach. Lachgasnarkose bei Adenoiden- und Tonsillenoperation. (Nitrous oxide anesthesia in adenoid and tonsil operation.)** *Interstate medical journal. November 1911.*

Verf. hat gefunden, dass die durch Lachgas bewirkte Narkose von genügender Dauer ist, nicht nur, um eine vollständige Tonsillectomie, sondern auch die Operation der Adenoiden in derselben Sitzung vorzunehmen. Gewöhnlich dauert die Narkose 30 Secunden beim Kinde und 45 Secunden beim Erwachsenen. Es muss daran erinnert werden, dass der Patient nicht in das Stadium der Cyanose gelangen darf. Es ist möglich, mittels der Sluder'schen Methode, beide Tonsillen zu enucleiren und die Adenoiden zu entfernen in weniger als 30 Secunden. Lachgas ist contraindicirt in Fällen von plethorischen Individuen oder bei Atheromatose der Arterien; dagegen hat Verf. auch bei kleineren Kindern niemals schlechte Wirkungen gesehen. Die einzige weitere Contraindication besteht in dem Verdacht auf Status lymphaticus.

EMIL MAYER.

46) **V. Gyergyai. Ueber mein Verfahren zur direkten Untersuchung des Nasenrachens und der Ohrtrompete.**

47) **Yankauer. Zur direkten Untersuchung des Nasenrachens und der Ohrtrompete.** Mit 2 Textfiguren.

48) **V. Gyergyai. Schlusswort.** Mit 1 Figur im Text. *Zeitschr. f. Laryng. und Rhinologie. Bd. 5. H. 1. 1912.*

Yankauer erlebte mit den geraden Röhren von v. Gyergyai häufig Ver-

letzungen am weichen Gaumen und änderte deshalb die Rohre ab. v. Gyergyai hat bei mehr als 400 directen Untersuchungen beträchtliche Verletzungen nie gesehen und glaubt deshalb, dass seine Methode unrichtig angewendet wurde. Die Methode der directen Besichtigung, wie sie v. Gyergyai übt, wird noch einmal eingehend besprochen.

In der Erwiderung zu obiger Arbeit hebt Yankauer dagegen die Vorzüge seines Speculums hervor, die v. Gyergyai im Schlusswort nicht anerkennen kann.

OPPIKOFER.

c) Mundrachenhöhle.

49) **Zilz** (Gyulafehérvár). **Rotz im Bereiche der Mundhöhle.** *Deutsche zahnärztliche Zeitung. No. 1. 1912.*

Kleine Monographie des Rotzes der Mundhöhle. Dem Salvarsan scheint in der Behandlung des Rotzes eine wichtige Rolle zugedacht.

SEIFERT.

50) **F. v. Redwitz** (Wien). **Zur Casuistik der Mundschleimhauttuberculose.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 6. 1912.*

Bei einem 40 jährigen Patienten trat zuerst eine Schleimhauttuberculose der rechten Wangenschleimhaut auf, welche, radical entfernt, recidivfrei blieb. Nach $3^1/_2$ Jahren erkrankte in derselben Weise die Schleimhaut der anderen Wange. Gleichzeitig bestand beiderseitige Apicitis.

O. CHIARI.

51) **Ch. Jourdin. Ueber die Gonokokkenstomatitis. (A propos de la stomatite à gonocoques.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Den zwei mitgetheilten Fällen fehlt jede Beweiskraft aus dem einfachen Grunde, weil die Gonokokken im Mundeiter nicht nachgewiesen worden sind. Anschliessend hieran führt der Verf. die wenigen Fälle an, die er in der Literatur hat auffinden können. Er glaubt, dass die Affection häufiger ist als man annimmt, nur denkt man nicht immer an dieselbe.

LAUTMANN.

52) **Zilz** (Gyulafehérvár). **Genuine gonorrhoische Stomatitis beim Erwachsenen.** *Oesterreich-ungarische Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 2. 1911.*

Bei einer 21 jährigen Kellnerin stellten sich etwa 24 Stunden nach einem Coitus per os unter Störungen des Allgemeinbefindens (Fieber, Kopfschmerzen, Mattigkeit) die Erscheinungen einer Stomatitis ein. Unter Zunahme der Allgemeinerscheinungen nahm innerhalb weiterer 24 Stunden die Stomatitis in einer Weise an Intensität und Extensität so sehr zu, dass das Krankheitsbild an eine schwere merkurielle Stomatitis erinnerte. Erst nach 2 Wochen Heilung. Nachweis von Gonokokken.

SEIFERT.

53) **Juljan Zilz. Ueber die locale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1912.*

Die spirillotrope Eigenschaft des Salvarsan veranlasste Verf. in Fällen, in denen eine interne Verabreichung nicht angezeigt oder undurchführbar war, zu

einer localen Salvarsantherapie, ausgehend von dem „Umstand, dass die Spirochäten gewöhnlich extracellulär in den Lymphspalten und im Bindegewebe, seltener im Innern von Parenchym, Bindegewebszellen und Leukocyten angetroffen werden, und zweitens die Thatsache, dass die Reinigung und Ueberhäutung geschwüriger Processe oft so rasch vor sich geht, dass viele Forscher dem Salvarsan neben seiner spirochätentötenden noch eine epithelisirende Wirkung zuschrieben." Verf. theilt die der localen Behandlung zu unterziehenden Krankheitsformen im Bereiche der Mundhöhle in 3 grosse Gruppen: 1. Specifische locale Erkrankungsformen, bei denen aus irgendeinem Grunde die interne Darreichung undurchführbar, oder — neben der internen — zur Steigerung seiner Wirkungskraft. 2. Sämtliche nicht specifische ulceröse Erkrankungsformen. 3. Nekrotische und gangränöse Zahnpulpen, sowie die Verwendung des Salvarsans zur Sterilisation und Desinfection der Wurzelkanäle, und schliesslich an Stelle der arsenigen Säure zur Zerstörung der blossliegenden, entzündeten Pulpa." — Die Anwendung besteht — nach vorheriger Reinigung des betr. Gebietes mit warmer physiologischer Kochsalzlösung — in bis zu 3mal täglich vorzunehmender Aufpinselung einer 10 proc. wässerigen oder Glycerin-Lösung von Salvarsan, bezw. in einer Suspension in fetten Oelen. Die Versuche fielen nach jeder Richtung hin sehr befriedigend aus, es traten keinerlei Nebenerscheinungen auf. Die Zahl der vorhandenen Spirochäten nahm „rapid" ab und die Heilung der Geschwüre ging glatt von Statten. Die einschlägige Literatur findet eingehende Berücksichtigung.

HECHT.

54) **Frey** (Aarau). **Paralysis spinalis ascendens acuta (Landry) als Nachkrankheit von Parotitis epidemica.** *Schweizer Rundschau f. Medicin. No. 42. 1911. Basel. Verlag Wackernagel.*

Tödtlich verlaufender typischer Fall bei einem jungen, kräftigen Mann. Welcher Specialarzt für Hals oder Ohren hätte nicht schon auch Lähmungen des Gaumens, eines oder beider Nn. acustici usw. im Gefolge von Mumps beobachtet? Eine Mahnung, jede Parotitis gut auszupflegen! (Ref.)

JONQUIÈRE.

55) **Mayrhofer** (Innsbruck). **Speichelstein.** Wissenschaftliche Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck vom 9. November 1911. *Wiener klin. Wochenschr. No. 13. 1912.*

Kurze Schilderung des gegenwärtigen Standes der Speichelsteinfrage (Entstehung, Symptomatologie, Therapie) an der Hand eines Falles von entzündlichem Tumor der Submaxillaris infolge Steinbildung.

HANSZEL.

56) **E. Harmon Griffin. Speichelstein im Ductus Whartonianus. (Salivary calculus of Wharton's duct.)** *Medical record. 14. December 1911.*

Der Fall betrifft einen 9jährigen Knaben. Der Stein ging von selbst ab.

EMIL MAYER.

57) **M. Franke** und **H. Schuster. Ueber die ätiologische Bedeutung der Erkrankungen der Mandeln bei acutem Rheumatismus. (O znaczeniu etjologicznem schorzenia migdatków w sprawach t. zw. gośćcowych ostrych.)** *Przegl. lak. H. 1, 2, 3.*

Auf Grund von klinischen Beobachtungen bei einer ganzen Reihe von ent-

sprechenden Fällen und in 20 Fällen von Sections- und mikroskopischen Untersuchungen gelangen die Verff. zur Ueberzeugung, dass die Erkrankungen der Mandeln eine bedeutende Rolle in der Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus und dessen Complicationen spielen. Namentlich halten sie es für erwiesen, dass die Eingangspforten der rheumatischen Infektion die Gaumenmandeln sind; in der grossen Ueberzahl der Fälle des Gelenkrheumatismus lassen sich Veränderungen in den Mandeln constatiren. Von den 20 secirten Fällen zeigen die Verff. bei 18, also bei 90 pCt., ausdrückliche Veränderungen in den Mandeln, namentlich Anwesenheit grosser Krypten mit eitrigem Inhalt.

A. v. SOKOLOWSKI.

58) **Alagna** (Palermo). **Histopathologische Veränderungen der Tonsille und der Schleimhaut der ersten Luftwege bei Masern.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Das Material ist 1—4 Jahre alten Kindern entnommen, die auf der Höhe des Exanthems unter Laryngostenoseerscheinungen zum Exitus kamen.

W. SOBERNHEIM.

59) **Goldmann** (Iglau). **Die chronische cholesteatomatöse Entzündung der Tonsillen und ihre Behandlung.** *Prager med. Wochenschr. No. 50. 1911.*

Der Verf. spricht über Mandelpfröpfe und streift auch die Frage der Tonsillectomie.

HANSZEL.

60) **E. Winckler** (Bremen). **Ueber Therapie der phlegmonösen Entzündungen des Waldeyer'schen Ringes.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1911.*

Den Phlegmonen im Bereiche des lymphatischen Rachenringes gehen regelmässig acute Infectionen voraus. So schliesst sich an die Entzündung der Gaumenmandel der Tonsillarabscess oder die Peritonsillitis, an die der Rachenmandel der Rachenmandelabscess oder der Retropharyngealabscess, an die der Zungenmandel der localisirte Abscess der Zungenmandel oder die Phlegmone der Zungenwurzel.

Verf. bespricht der Reihe nach die hier angeführten Erkrankungen und giebt beachtenswerthe Hinweise auf ihre Entstehung und Behandlung.

Gaumenmandel. Bei Tonsillen, von denen mehrmals peritonsilläre Eiterungen ausgegangen waren, fand Verf. die bindegewebige Kapsel am oberen oder unteren Pol oder seitwärts oder an mehreren Stellen zugleich defect und vom Mandelgewebe durchbrochen, das mit der angrenzenden Musculatur fest verwachsen war, zum Unterschiede von der chronischen Tonsillitis, bei der die Kapsel stets unversehrt ist. Die peritonsilläre Phlegmone spielt sich nicht, wie häufig angenommen wird, nur am oberen Pol ab, sondern ebenso oft am unteren Pol, und oft ist die ganze Tonsille von einem Abscess umgeben. In der Regel bleibt, nachdem eine Phlegmone überstanden ist, Neigung zu Recidiven zurück. Deshalb empfiehlt Verf. Eröffnung der Phlegmone durch Enucleation der Tonsille mitsammt ihrer Kapsel in Narkose. Die Operation ist verboten, wenn eine eitrige Einschmelzung noch nicht erfolgt ist.

Rachenmandel. Bei der retropharyngealen Phlegmone genügt ein Kreuzschnitt, wenn sie sich noch nicht zu weit nach abwärts (Compression des Larynx) und weiterhin seitlich bis zum vorderen Rand des Sternocleidomastoideus ausgedehnt hat. In diesen Fällen ist die Eröffnung von aussen angezeigt.

Zungentonsille. Für einfache Tonsillarabscesse genügt tiefe Incision. Bei tiefergehenden Infectionen ist die Eröffnung von aussen zwischen den Genioglossi oder zwischen Genioglossus und Hyoglossus vorzunehmen (A. Killian).

ZARNIKO.

61) **Henry Hull Forbes. Entfernung der Tonsillen als prophylactische Maassnahme. (Removal of the tonsils as a prophylactic measure.)** *American Medicine. November 1911.*

Verf. ist der Ansicht, dass jede inficirte Tonsille enucleirt werden soll. Ob eine hypertrophische Tonsille enucleirt werden muss oder nicht, ist eine Sache sorgfältigster Erwägung, wobei in Betracht gezogen werden soll, dass die Enucleation eine prophylactische Maassregel insofern vorstellt, als dadurch die Chancen der Genesung bei einer eventuellen Infectionskrankheit erheblich gebessert werden.

EMIL MAYER.

62) **S. Tenzer** (Wien). **Ueber eine neue Methode der Radicaloperation der Tonsillen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1912.*

Beschreibung der Sluder'schen Methode der radicalen Entfernung der Tonsillen mit dem modificirten Mackenzie'schen Instrumente. Das Wesen der Operation besteht in einer stumpfen Enucleation der Mandel mit der Kapsel, und dauert nur um ein Geringes länger als die einfache Abkappung. Es ist bei sensiblen und nervösen Kindern eine Allgemeinnarkose nicht zu umgehen. Die unmittelbar nach der Enucleation auftretende Blutung ist etwas stärker als béi der Tonsillotomie; doch trat bei circa 1000 Tonsillektomien bei Kindern keine ernste Nachblutung auf, welch letzteres Moment bei Erwachsenen die Indicationsgrenze wesentlich enger ziehen lässt. Die Reaction der Wunde ist im Allgemeinen eine geringe. Bei besonders flachen Mandeln gelingt es nicht immer mittels dieser Methode, die Mandel in einer Sitzung zu entfernen. Ob die Tonsillektomie bei Kindern principiell befürwortet werden soll oder nicht, kann jedoch noch nicht entschieden werden.

CHIARI.

63) **Charles M. Hope. Eine Methode der Tonsillenenucleation. (A method of enucleation of the tonsils.)** *Brit. med. journ. 9. März 1912.*

Verf. macht die Operation in der Hospitalpraxis in Chloräthyl-, in der Privatpraxis in Chloroform-Aethernarkose. Er bedient sich zweier Zangen — für rechts und links —, die geschlossen als Elevatorium, geöffnet dazu dienen, den vorderen Gaumenbogen zu fassen und zurückzuhalten. Während mit der einen Zange der vordere Gaumenbogen gefasst wird, durchstösst der Operateur mit der anderen geschlossenen die zwischen jenem und der Tonsille gelegene Schleimhaut und löst diese erst vorn, dann oben und schliesslich hinten aus ihren Verbindungen los. Die Tonsille hängt schliesslich nur an einem dünnen Stiel unten; sie wird mit der Guillotine abgetragen.

A. J. WRIGHT.

64) **Beeler Higbee. Tonsillenseparater. (Tonsil separator.)** *The laryngoscope. November 1911.*

Der Zweck des Instrumentes ist, die Gaumentonsille vor Anwendung der Schlinge loszulösen. Es besteht aus zwei Separatoren, einem für die vordere und einem für die hintere Fläche der Tonsille. EMIL MAYER.

65) **L. R. Culberton. Ein neues Instrument zur Trennung von Tonsille und Gaumenbogen. (A new tonsil-pillar divulsor.)** *Journ. amer. med. association. 16. December 1911.*

Bei Anwendung des Instrumentes werden die Gaumenbögen so beiseite gehalten, dass jede Gefahr, sie zu verletzen, fortfällt: sie erlauben auch einen besseren Ueberblick über das Operationsfeld. EMIL MAYER.

66) **Luksch. Carcinom des Pharynx.** Verein deutscher Aerzte in Prag, 10. November 1911. *Prager med. Wochenschr. No. 49. 1912.*

Das relativ kleine Carcinom setzte bedeutende Schwellungen in den Halslymphdrüsen und der Krankheitsprocess verlief unter dem Bilde einer Affektion. die vom hämatopoetischen System ihren Ausgang genommen hatte. Exitus an Streptokokkensepsis. HANSZEL.

67) **Imhofer. Ein bemerkenswerther Fall von Carcinom des Pharynx.** *Prager med. Wochenschr. No. 12. 1912.*

Ganz kleine noch submucöse Carcinome des Pharynx setzen schon Metastasen in den regionären Drüsen, deshalb die Chancen der Operationen bei Pharynxcarcinomen relativ so ungünstig. HANSZEL.

68) **Otto J. Stein. Interessanter Fall von Lymphosarkom des Pharynx mit ungewöhnlicher Betheiligung des Lymphapparats. (The history of an interesting case of lympho-sarcoma of the pharynx with unusual lymphatic involvement.)** *The Laryngoscope. Juni 1911.*

Es bestand Athemnoth; die Nase war luftdurchgängig und normal. Temperatursteigerung, Puls 120, bisweilen Nachtschweisse. Der Hals war aussen colossal verdickt durch Drüsenmassen, die hinter dem Ohr beginnend bis zur Clavicula sich erstreckten. Sie fühlten sich hart an, waren aber nicht schmerzhaft. Der ganze Mesopharynx war buchstäblich ausgefüllt von Drüsenhyperplasien und bei näherer, durch die Enge der Theile sehr erschwerter Untersuchung konnte man constatiren, dass dasselbe auch mit dem Epi- und Hypopharynx der Fall war. Es handelte sich um gelbliche, von normal erscheinender Schleimhaut überkleidete Massen, die längs der Seiten und der Hinterwand des Pharynx gruppirt waren und nach oben wie unten so weit reichten, wie man sehen konnte. Einige von diesen Geschwülsten waren so gross wie ein Fingerglied. Die hinteren und vorderen Gaumenbögen waren infiltriert und mit einem Infiltrat des weichen Gaumens und Uvula verschmolzen. Der Larynx zeigte sich frei. Die Gaumentonsillen waren hypertrophisch und röther als der übrige Pharynx: sie glichen den hypertrophischen Tonsillen der Kinder. Die rechte Tonsille war im Centrum tief ulcerirt:

die Ulceration war kraterförmig und gleich einer Nekrose. Der Anblick glich dem bei Lues oder Angina Vincenti; der Atem war etwas übelriechend. Ein Ausstrich von der Oberfläche des Geschwürs ergab einige Pneumokokken, Staphylokokken und fusiforme Bacillen.

Die Diagnose lautete auf Lymphosarkom mit wahrscheinlichem Ausgangspunkt an der rechten Tonsille.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

69) **De Biehler** und **B. Korybut-Daskiewicz. Beitrag zum Studium der kindlichen Nasendiphtherie. (Contribution à l'étude de la diphtérie nasale des enfants.)** *Arch. de méd. des enf. XIV. No. 2. 1911.*

Bericht über mehrere Fälle und Literaturübersicht, in der besonders die polnische Literatur berücksichtigt ist.

FINDER.

70) **Bingel. Die „schleichende Diphtherievergiftung" und ihre Behandlung durch intralumbale Seruminjection.** *Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 104. 1911.*

Verf. schlägt für die diphtherische Myocarditis die Bezeichnung „schleichende Diphtherievergiftung" vor, da sich nicht alle Erscheinungen derselben einzig durch den Herzbefund erklären lassen. Dahin gehört das fast constant 5—6 Tage nach dem Beginn der Erkrankung im Stadium der scheinbaren Reconvalescenz eintretende Erbrechen, verbunden mit völliger Appetitlosigkeit. Dies, sowie die häufig dabei vorkommenden psychischen Störungen (motorische Unruhe, später oft völlige Theilnahmlosigkeit) hält Verf. für toxisch cerebralen Ursprungs. Gegen die Annahme einer Myocarditis spricht auch der Mangel von Stauungserscheinungen und die auch bei der Autopsie oft sehr geringfügigen Veränderungen am Herzen. Darauf ist auch zurückzuführen, dass in diesen Fällen die Herzmittel so oft verversagen. Dagegen sah Verf. oft Erfolge von intralumbalen Injectionen von Diphtherieheilserum; besonders sistirte danach das Erbrechen. Nebenerscheinungen waren Kopfschmerzen, in 64 pCt. Temperatursteigerungen, die 2—3 Tage anhalten können.

FINDER.

71) **L. Martin. Factoren, die die Prognose der Diphtherie bestimmen. (Des causes, qui influent sur le pronostic de la diphtérie.)** *Bulletin méd. 24. Febr. 1912.*

Wenn eine gewöhnliche Diphtherie rechtzeitig mit Serum behandelt gewöhnlich in Heilung ausgeht, so ist nichtsdestoweniger die Prognose noch immer sehr ernst zu stellen, wenn das Serum später als 48 Stunden nach Beginn verwendet wird, wenn der Patient jünger als 2 Jahre ist. Auch ist, wie bekannt, der Genius epidemicus, namentlich das gleichzeitige Herrschen von andern Epidemien (Influenza, Masern etc.) von Bedeutung. Besondere Formen der Diphtherie (Mandelabscess, einseitige Angina, Beginn im Cavum oder gar in den Bronchien) sind schwer rechtzeitig zu erkennen und können daher nicht rechtzeitig mit Serum behandelt werden. Bekanntlich sind die Diphtheriefälle, die nach Masern und anderen Infectionskrankheiten auftreten, desgleichen solche, bei denen der Diphtheriebacillus mit anderen Bacillen gemeinsam auftritt, prognostisch ernster

zu betrachten. Combination von Diphtherie und Tuberculose ist fast immer als sehr gefährlich zu beurtheilen. Nur weil der praktische Arzt diese Factoren nicht kennt, glaubt er, dass das Serum eine unzuverlässige Wirkung hat. Das Serum, das das Pasteur'sche Institut in Paris ausgiebt, ist eines der besten, Beweis dafür ist die Sterblichkeit an Diphtherie in Paris, die constant unter 10 pCt., am kleinsten ist unter allen Grossstädten.

LAUTMANN.

72) **Bächler** und **Laub. Zur Frage der antiinfectiösen Wirkung des Diphtherieheilserums.** *Centralbl. für Bacteriologie. Bd. 61. 1911.*

Dem Diphtherieserum kommen in vivo antibakakterische Eigenschaften zu, indem es Meerschweinchen gegen die intraperitoneale Infektion mit Diphtheriebacillen sowohl bei gleichzeitiger wie präventiver Anwendung schützt.

FINDER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

73) **Frese** (Halle). **Vorträge über Pathologie und Therapie der Erkrankungen des Kehlkopfes.** *Med. Klin. Beiheft. 1912.*

Im ersten Kapitel werden die Untersuchungsmethoden, im zweiten Kapitel die Kehlkopftuberculose besprochen. Bezüglich der Therapie ist Verf. von Aetzungen mit Milchsäure und ähnlichen Mitteln abgekommen, während er vielfach Gebrauch vom Galvanokauter macht. Der Einfluss der Gravidität auf die Kehlkopftuberculose wird kurz besprochen. Das dritte Kapitel bezieht sich auf die gut- und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfs, und das Schlusskapitel auf die nervösen Erkrankungen des Kehlkopfes.

SEIFERT.

74) **Imhofer** (Prag). **Demonstration einer Anomalie im Bereiche des Sinus piriformis des Larynx.** Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen, Sitzung vom 23. Februar 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1912.*

Einengung des Sinus durch Faltenbildung ähnlich wie bei Lagostomos trichodactylus. In praktischer Beziehung wird auf die Schwierigkeit bei Fremdkörperextraction aufmerksam gemacht, sowie auf die Möglichkeit der Entstehung eines Pulsionsdivertikels.

HANSZEL.

75) **Imhofer. Angeborene Faltenbildung im Bereiche des Sinus piriformis.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. V. S. 259. 1912.*

Bei der Section einer 76 Jahre alten Frau fand sich der Sinus pyriformis beiderseits in symmetrischer Weise von einer Art Diaphragma überdeckt, welches central eine ellipsenförmige weite Oeffnung als Zugang zum Sinus pyriformis freiliess (Abbildung). Die Sinus pyriformes selbst waren nicht erweitert.

OPPIKOFER.

76) **Imhofer. Angeborenes Diaphragma des Kehlkopfes und drittes rudimentäres Augenlid.** *Prager med. Wochenschr. No. 48. 1911.*

Dicke wulstige subglottische Membran, die histologisch stark verdicktes Epithel erkennen liess — 21 jähriger Mann.

HANSZEL.

77) **Kurt Goldstein. Die amnestische und die centrale Aphasie (Leitungsaphasie).** *Archiv f. Psychiatrie. Bd. 48. H. 1.*

„Die amnestische Aphasie (nicht Amnesie) ist eine klinisch scharf umschriebene Form, die anatomisch ihre Ursache in einer functionellen Beeinträchtigung des Sprach- und Begriffsfeldes hat, ohne dass in beiden Feldern sonstige schwere Schädigungen vorzuliegen brauchen. Die gleichmässige Herabsetzung der Leistungsfähigkeit im Begriffs- und Sprachfeld bedingt für die verschiedenen Functionen des Wiedererkennens und der Wortfindung eine sehr verschiedene Störung, woraus die Symptomatologie der amnestischen Aphasie resultiert.“ Es handelt sich um Affectionen feinster und diffuser Art oder um Herde (gewöhnlich im Schläfenlappenmark), die diffuse Schädigung weiter Bezirke erzeugen. Charakteristisch ist der vollständige Ausfall von Bezeichnungen, typische Umschreibungen, Fehlen aller sonstiger Störungen der Sprach- oder Begriffsbildung. Complicationen mit anderen Sprachstörungen müssen sich isoliren lassen. Die amnestische Aphasie kann Begleit- (nicht Teil-) erscheinung anderer Aphasieformen sein. Genaue Schilderung eines Falles: Carcinom im Mark des mittleren Schläfenlappens links. I. Stadium: amnestische Aphasie mit Schreibstörung, beruhend auf erschwerter Entwicklung der Formvorstellungen (von Buchstaben), II. Stadium: verbale und literale Paraphasie, literale Paragraphie. Leitungsaphasie (centrale nach G.), Zeichen ideatorischer Apraxie. Die Zunahme der Symptome war analog zur Abnahme bei Rückbildung (nach Heilbronner), wenn man von der Amnesie als Ausdruck diffuser Schädigung absieht.

NADOLECZNY.

78) **C. Stumpf. Consonanz und Concordanz, nebst Bemerkungen über Wohlklang und Wohlgefälligkeit musikalischer Zusammenklänge.** *Zeitschr. für Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane. I. Abtheil. Bd. 58. H. 5 u. 6.*

Aus der Arbeit, welche Kenntniss der Harmonielehre voraussetzt, seien folgende Definitionen citirt. „Consonanz und Dissonanz finden, wenn anders Verschmelzungsunterschiede ihr Wesen bilden, nur zwischen gleichzeitigen Tönen statt“ und zwar „nur zwischen je zwei Tönen“. Es handelt sich nur um graduelle Verschiedenheit. Unter Verschmelzung ist zu verstehen „die Einheitlichkeit (nicht Einheit), die Annäherung an den Eindruck eines einzigen Tones“. Das Princip des Dur- und Moll-Dreiklangs beruht darauf, „dass die grösste Anzahl von Tönen innerhalb einer Octave angegeben werde, die sämtlich unter sich consoniren, und zwar indem wir in der Tonbewegung von unten nach oben und unter den Consonanzen von den stärkeren zu den schwächeren Consonanzgraden übergehen“. „Als Accord bezeichnen wir einen auf Haupt- oder Nebendreiklänge eines bestimmten Grundtons durch bestimmte Operationen zurückführbaren Mehrklang“. „Einen solchen Mehrklang bezeichnen wir als Concord, wenn er eine Quinte, oder deren Umkehrung, eine Quarte enthält, ferner eine Terz, oder deren Umkehrung, eine Sexte. Discorde sind „alle übrigen Accorde, also solche, die aus Dreiklängen durch Hinzufügung bestimmter rationell gerechtfertigter Töne oder durch bestimmte Alteration der Dreiklangstöne selbst entstehen“ (z. B. übermässige oder verminderte Dreiklänge). Diese höheren Begriffe setzen jene der Consonanz und Dissonanz voraus, die sich nur auf 2 Töne beziehen. „Consonanz ist eine Sache

der sinnlichen Wahrnehmung, Concordanz ist eine Sache der Auffassung und des beziehenden Denkens", Concordanz und Discordanz sind nicht graduell, sondern specifisch verschieden. Es handelt sich dabei um ein „Zusammenpassen und Nichtzusammenpassen", bei der Consonanz, bzw. Dissonanz um ein „Zusammenklingen und Auseinanderklingen". Der Wohlklang ist Sache blosser Sinnesempfindung (Gefühlsempfindung), die Wohlgefälligkeit beruht auf intellectueller Befähigung des Hörenden (echtes Gefühl). Das Wesentliche für die letztere ist nicht der Tonbestand eines Accords, sondern seine Bedeutung, seine Function im musikalischen System. „Der Einfluss des intellectuellen auf das sinnliche Moment" muss hinzugenommen werden, um die Gefühlsseite dieser Erscheinungen zu erklären.

NADOLECZNY.

79) **Jacques. Ueber den Stimmmechanismus und Stimmregister. (Du mécanisme vocal et des registres de la voix.)** *Revue hebdom. de laryng. etc. No. 10. 1912.*

Der Kehlkopf ist analog einer Lippenpfeife. Je kleiner der schwingende Theil der Stimmbänder, desto höher der Ton. Wenn die Stimmlippen in der ganzen Länge schwingen, so theilt sich diese Schwingung dem Thorax mit. Gleichzeitig senkt sich der Larynx in Folge Contraction der Musculi sterno-thyroidei. Wir haben die Bruststimme. Sobald nur der ligamentäre Teil des Stimmbandes schwingt, erhalten wir Töne, bei denen hauptsächlich die Obertöne prävaliren. Für die allerhöchsten Töne kommt nur der allervorderste Theil der Stimmbänder zur Schwingung. Der Aufsatz ist sehr kurz, umfasst nur 4 Seiten.

LAUTMANN.

80) **Grabower** (Berlin). **Ein klinischer Beitrag zur Function des M. thyreocricoideus.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Verf. hat seine bisherigen experimentellen Versuche über die Thätigkeit des M. thyreo-cricoideus, kurze Zeit hindurch durch sich allein die Stimmlippe in gestreckter Haltung in Medianstellung zu fixiren, an Beobachtungen von Recurrensdurchschneidungen auch für den Menschen bestätigt gefunden.

In einem Falle liess sich genau die Wirkungskraft des Musc. thyreocricoideus bemessen. Nach Neurectomie des motorischen Astes des linken Laryngeus superior fand eine Erweiterung der Stimmritze um 2—3 mm statt. Eine eigentliche Adduction der Stimmlippe durch den intacten Musc. vocalis kam seither nicht mehr zu Stande.

WILH. SOBERNHEIM.

81) **M. Grossmann** (Wien). **Die Muskelatrophie in Folge von Inactivität.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1912.*

Durch eingehende Thierversuche an den Kehlkopfmuskeln ist das Auftreten der Inactivitätsatrophie selbst bei vollkommen intacten und in ihrer Function nicht im mindesten behinderten Muskeln in einwandfreier Weise demonstrirt worden.

HANSZEL.

82) **J. Katzenstein** und **M. Rothmann. Zur Localisation der Kehlkopfinnervation in der Kleinhirnrinde.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 5. S. 380. 1912.*

Bei experimenteller Zerstörung des Lobus anterior des Kleinhirns beim Hunde

saben Verff. folgende Veränderungen in der Kehlkopfinnervation eintreten: Die Stimmlippen schliessen nicht fest und zittern dabei; die Auswärtsbewegung ist saccadirend und erreicht nicht die normale Weite der Abduction. Ueberdies kommt es zu einer Erschlaffung der Kiefer- und Zungenmusculatur. Die Störungen nehmen schon nach einigen Tagen an Intensität ab, sind aber nach einigen Monaten noch deutlich nachweisbar. Im Ferneren bellen Hunde nach Zerstörung des Lobus anterior des Kleinhirns während $1^1/_2$—2 Monaten gar nicht mehr und geben dann nach diesem Zeitraume eigenthümlich hohe und blecherne Belltöne von sich.

Dieselben Veränderungen in der Kehlkopfinnervation liessen sich erzielen bei Durchtrennung der vorderen Kleinhirnschenkel, während eine doppelseitige Ausschaltung der mittleren oder hinteren Kleinhirnschenkel die Kehlkopfinnervation nicht schädigte.

Nachdem festgestellt war, dass die vom Kleinhirn ausgehende Beeinflussung der Stimmbandbewegung, sowie der ganzen Lautgebung im Lobus anterior ihren Sitz hat, so haben die Autoren versucht, die Stelle noch genauer zu localisiren. Wurde nur der untere Theil des Lobus anterior zerstört, so trat durchaus dieselbe Störung in der Kehlkopf- und Kieferinnervation auf wie bei Zerstörung des ganzen Lobus anterior. Das Centrum für die Innervation des Kehlkopfes, der Unterkiefermusculatur und für die Lautgebung ist also nach den experimentellen Ergebnissen von den Verff. in die Rinde des unteren Theiles des Lobus anterior cerebelli zu verlegen.

Zum Schlusse haben die Autoren untersucht, in welchem Verhältniss dieses Centrum im Kleinhirn zu den Kehlkopf- und Lautgebungscentren der Grosshirnrinde steht; sie führten deshalb bei Hunden combinirte cerebrale und cerebellare Ausschaltungen aus. Bei Zerstörung des Centrums der Grosshirnrinde beider Hemisphären wurde bei der Autoskopie eine leichte Excavation, ein Tremor der Stimmlippen und ein mangelhafter Schluss nachweisbar. Wurde dann nachträglich auch noch das Centrum in der Kleinhirnrinde zerstört, so entwickelte sich sofort der oben erwähnte cerebellare Symptomencomplex. Der Stimmlippenschluss war noch schwächer als nach alleiniger cerebellarer Ausschaltung. Nach dieser combinirten Exstirpation der Kehlkopf- und Lautgebungscentren von Grosshirn- und Kleinhirnrinde können die Hunde, wenn sie am Leben bleiben nach ca. 3 Monaten wieder bellen. Man muss daher annehmen, dass auch nach Fortfall der laryngealen Centren der Grosshirn- und Kleinhirnrinde ein subcorticaler Innervationsapparat, jedenfalls in der Medulla oblongata, bestehen bleibt, der die Kehlkopfbewegung und schliesslich auch die Lautgebung regulirt.

Nachdem beim Hunde ein Kehlkopfcentrum im Kleinhirn festgestellt ist, sollte man auch beim Menschen darauf achten, ob bei cerebellaren Affectionen eine Störung in der Innervation der Stimmlippen nachweisbar ist; eine solche Störung würde die Frühdiagnose einer Erkrankung des Lobus anterior cerebelli und dann vielleicht auch ein frühzeitiges Eingreifen des Chirurgen ermöglichen. Allerdings ist beim Menschen eine raschere Restitution der cerebellaren Ausfallserscheinungen durch die compensirende Thätigkeit der Kehlkopfcentren der Grosshirnrinde zu erwarten.

OPPIKOFER.

83) **Grabower. Zur Frage eines Kehlkopfcentrums in der Kleinhirnrinde.** Verhandlungen des III. Internat. Rhino-Laryngol.-Congr. Berlin 1911. *Archiv f. Laryng. Bd. 26. H. 1.*

Die von Rothmann und Katzenstein angegebene Stelle im Kleinhirn des Hundes, — der vorderste nach dem IV. Ventrikel hin gerichtete Abschnitt des sogen. Oberwurms — in welcher die genannten Autoren ein Centrum für die Coordination der Stimmlippenbewegungen gefunden zu haben glauben, hat Grabower bei eingehender Nachprüfung als solche nicht bestätigen können. G. hat bei einer grossen Zahl von Hunden jene Stelle, ausweislich der jedesmaligen auf den Eingriff folgenden Section, zerstört und hat weder die von R. u. K. angegebene Beschränkung in der Excursionsweite der Stimmlippen, noch den unzureichenden Stimmlippenschluss, noch auch Flimmerbewegung an den Stimmlippen beobachtet. Die von R. u. K. beobachtete saccadirte Abduction hat auch G. fast regelmässig gesehen, er führt dieselbe jedoch ursächlich nicht auf die Exstirpation jener Rindenstelle zurück, sondern erklärt dieselbe als Folge der tiefen Narkose des Thieres. Zum Beweise dessen giebt G. die Protokolle von 10 Versuchen, aus denen ausnahmslos hervorgeht, dass 1. jene vorstehend bezeichnete Bewegungsbeschränkung und Flimmerbewegung in keinem Falle vorhanden gewesen ist, 2. dass die saccadirte Bewegungsform bei der Abduction bei tief narkotisirtem Thiere schon vor der Exstirpation jener Rindenstelle sichtbar ist und nach der Exstirpation mit Nachlass der Narkose wieder verschwindet. Hieraus geht hervor, dass, wenn im Kleinhirn ein Centrum für die Coordination der Kehlkopfbewegung vorhanden ist, was G. für wahrscheinlich hält, es an einer anderen Stelle als an der angegebenen gelegen sein muss.

Autoreferat.

84) **Roure. Recurrenslähmung in Folge von periösophagealem Abscess diagnosticirt durch Oesophagoskopie. (Paralysie recurrentielle due à une collection péri-oesophagienne; diagnostic oesophagoscopique.)** *Archives intern. de laryng. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Es wird ösophagoskopisch eine Schwellung im Periösophagealraum constatirt. Verf. eröffnet die Schwellung und entleert einen Abscess. Hierauf macht er durch einige Zeit subcutane Injection von Collargol. Die später nach Austritt aus der Beobachtung erfolgte Heilung schreibt Verf. diesen Injectionen zu. Ueber die Aetiologie des Abscesses wird nichts gesagt.

LAUTMANN.

85) **George Fetterolf** und **George W. Morris. Die anatomische Erklärung für die Fälle von linksseitiger Recurrenslähmung bei Mitralstenose. (The anatomical explanation of the paralysis of the left recurrent laryngeal nerve found in certain reported cases of mitral stenosis.)** *New York medical journ. 23. September 1911.*

Verff. analysiren 36 bisher berichtete Fälle, die klinisch beobachtet wurden und zur Autopsie gelangten. Sie versuchten zu einer Erklärung dadurch zu gelangen, dass sie sorgfältige Untersuchungen über die anatomischen Verhältnisse an Leichen anstellten, bei denen die Organe in situ vor der Section gehärtet

waren. Sie glauben, dass Compression gegen die Aorta seitens eines dilatirten linken Herzohrs unmöglich ist; ebenso ist kein Grund für die Annahme vorhanden, dass durch eine Hypertrophie des rechten Ventrikels ein Zug auf den Nerven ausgeübt wird. Ein persistirendes Offenbleiben des Ductus arteriosus wurde gleichfalls als von secundärer Bedeutung befunden. Der indirecte Mechanismus mag ein variabler sein; wenn aber eine Compression für die Recurrenslähmung verantwortlich zu machen ist, so muss sie stets dadurch bedingt sein, dass der Nerv zwischen der Art. pulmonalis (die oft dilatirt worden war) und der Aorta gedrückt wird. Wenn durch das Herzohr ja eine Compression ausgeübt wird, so kann es nur durch die Spitze des linken Auricularanhangs geschehen. EMIL MAYER.

86) **U. Torrini. Wiederherstellung ausgedehnter Substanzverluste des Schildknorpels. (Riparazione delle estese perdite di sostanza della cartilagine tiroide.)** *Arch. ital. di otologia. No. 5. 1911.*

Verf. hat eine Reihe von Untersuchungen angestellt, um den Wiederherstellungsprocess bei ausgedehnten Substanzverlusten des Schildknorpels zu studiren. Er hat an Kaninchen und Hunden experimentirt und den Thieren einen Substanzverlust am Schildknorpel beigebracht, der das äussere Perichondrium, den Knorpel, das innere Perichondrium betraf, die Schleimhaut aber schonte. Seine Beobachtungsdauer betrug im Minimum 7 Tage, im Maximum 125 Tage. Aus seinen Versuchen glaubte Verf. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1. Bei einfachen Wunden des Schildknorpels beobachtet man leichte Nekroseerscheinungen an den Rändern; sehr bald jedoch beginnen vom Perichondrium aus Reparationsvorgänge und später auch mittelst einer Proliferation des persistirenden Knorpels.

2. Hat das Trauma einen grösseren Substanzverlust bewirkt, so wird dieser von den inneren und äusseren parachondralen Geweben ausgeglichen, die sich zwischen die Wundränder schieben und auf welche Bindegewebsausläufer sich vorstrecken, die vom Perichondrium des neugebildeten Knorpels ausgehen; es finden jedoch Proliferationsvorgänge an den Rändern statt von Seiten des Perichondriums und der Knorpelelemente.

3. Man scheint nicht annehmen zu dürfen, dass selbst in ferner Zeit durch neugebildetes Knorpelgewebe ein solcher Substanzverlust ausgeglichen werden kann.

4. Einer solchen knorpeligen Ausgleichung stellen sich verschiedene Factoren entgegen: a) die parachondralen Gewebe, die sich von den ersten Momenten des Traumas an in den Substanzverlust hineinschieben, verhindern die proliferative Ausbreitung des Perichondriums; b) das perichondrale Bindegewebe in nächster Nähe der Schnittoberfläche, anstatt sich an die Gewebe anzulegen und auf diese Weise auf die jenseitige Seite des Substanzverlustes zu gelangen, legt sich über die neugebildeten Knorpelflächen und bildet mit bogenförmigen fibrösen Fasern gleichsam eine Kappe über der knorpeligen Schnittfläche; auf diese Weise bleibt seine chondrogene Schicht von den äusseren Fasern umschlossen und die Bindegewebsbalken, die vom Perichondrium sich zu dem anderen Knorpelstumpf erstrecken, sind von den äusseren Fasern des Perichondriums gebildet, die keine chondrogene

Wirkung haben. Diese chondrogene Thätigkeit des Perichondriums entfaltet sich also nur gegen die Knorpeloberfläche zu, der das Perichondrium angehört.

CALAMIDA.

87) **U. L. Torrini. Plastik des Schildknorpels. (Plastica della cartilagine tiroide.)** *Arch. ital. di otologia. März 1912.*

Verf. hat zu seinen Versuchen Kaninchen und Hunde benutzt. Er setzte an einem Schildknorpelflügel einen Substanzverlust von ca. 1 ccm oder etwas mehr, der durch den ganzen Knorpel hindurchging, die Schleimhaut jedoch intact liess. Dann bildete er nach diesem Substanzverlust an dem Knorpelstumpf einen ganz dünnen Knorpel-Perichondriumlappen und legte ihn über den Substanzverlust, indem er ihn am Knorpelrande, der auf der anderen Seite den Substanzverlust begrenzte, mit Catgutnähten befestigte; dann nähte er in Etagen die Weichtheile.

Die Thiere wurden nach einer Zeit, die im Minimum 6 Tage, im Maximum 130 Tage betrug, getödtet und Stücke zur Untersuchung entnommen. Es ergab sich, dass Substanzverluste des Schildknorpels durch eine Knorpel-Perichondrium-Autoplastik, wie sie oben geschildert ist, sich ausgleichen lassen, dass diese Plastik sich mit besonders grosser Aussicht auf Erfolg bei jungen Individuen ausführen lässt; dass, wenn der Knorpel sich in fortgeschrittenem Stadium der Decalcification befindet, man auf die Vitalität des Lappens nicht rechnen darf, dass die geringfügige oberflächliche Nekrose, die an der des Perichondriums beraubten Knorpeloberfläche entsteht, von Seiten des Perichondriums der Umgebung ausgeglichen wird.

CALAMIDA.

88) **Gherardo Ferreri. Die Plastik bei den Laryngostomien. (La plastica nella laringostomia.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica della R. università di Roma. VIII. 1911.*

Nach dem Verf. gehören seit Einführung der Laryngostomie alle anderen früher für die Beseitigung der Stenosen angegebenen Methoden der Geschichte an: es giebt keine Larynxstenosen, die mittelst der Laryngostomie nicht heilbar wären. Verf. legt grosses Gewicht darauf, einen guten Theil — etwa ein Drittel — des Ringknorpelringes zu entfernen, um auf diese Weise der Bildung von Secundärstenosen vorzubeugen.

Zur Plastik soll man nur schreiten, wenn die Patienten ohne jeden Apparat — Canüle oder Tube — bei fest verbundenem Hals normal durch den Mund Luft holen können. Die Zahl seiner mittelst Laryngostomie geheilten Fälle giebt Verf. auf 100 pCt. an. In den ersten Tagen nach Ausführung der Plastik, besonders wenn es schon lange her ist, seit die Tracheotomie gemacht war, athmen die Patienten oft mühsam, was Verf. darauf zurückführt, dass die Athmungsmuskeln in der langen Zeit der Unthätigkeit ihren Tonus eingebüsst haben.

Die von Verf. befolgte Technik der Plastik ist folgende: Vorausgesetzt immer, dass die Haut in der Umgebung der Fistel ausgiebig und verschieblich ist, werden zwei rechtwinklige Lappen gebildet, der eine mit dem freien Rand nach innen, der andere mit dem freien Rand nach aussen; der obere und der untere Rand beider Lappen sollen um 1/2 cm den oberen resp. unteren Winkel der Fistel

überragen. Ihre Oberfläche muss der Grösse der zu schliessenden Fistel entsprechen; sie sollen so dick sein, dass sie auch das subcutane Gewebe und das Platysma mit begreifen. Es wird nun der Lappen mit freiem äusserem Rand über die Fistel gelegt, so dass er mit seiner Unterfläche unter den anderen Lappen zu liegen kommt. Durch eine Reihe sorgfältig angelegter Seidennähte wird dann der Verschluss vollendet.

CALAMIDA.

89) **Gereda** (Madrid). **Das Salvarsan bei den Kehlkopfstenosen syphilitischen Ursprungs. (El salvarsan en las estenosis laringeas de los sifiliticos.)** *Clinica y laboratorio I. 1912.*

Verf. berichtet über zwei sehr schwere mittelst intravenöser Salvarsan-Injection mit wunderbarem Erfolg behandelte Fälle. Er ist zu dem Grundsatz gekommen, Syphilitiker nicht zu tracheotomiren, ohne vorher eine Salvarsankur anzuwenden.

TAPIA.

90) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Die chirurgische Behandlung der Laryngotrachealstenosen, besonders die translaryngeale Drainrohrfixationsmethode.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. XXV. H. 3. 1911.*

Die tiefe Tracheotomie allein kann eine Verbesserung des Durchgangs in allen den Fällen erzielen, wo hochliegende Luftröhrencanülen nur geringe Grade von perichondritischer Infiltration der Cartilago cricoidea erzeugt haben. Nöthigenfalls müssen directe Dilatationsmethoden ev. mit operativen Eingriffen combinirt angewendet werden. Bei schweren Kehlkopfstenosen empfiehlt Verf. die translaryngeale Drainrohrfixationsmethode, mit der er sehr günstige Resultate erzielt hat. Krankenberichte folgen. — Nach Spaltung der Strictur wird ein Drainrohr eingelegt, das etwas grösser ist, als die Lichtung, etwa 5 cm lang, und das mittels dicken Silberdrahtes an der Cartilago thyreoidea befestigt wird. Der Silberdraht wirkt auf Monate hin völlig reizlos.

Die äussere Laryngofissurwunde schliesst sich in einigen Tagen von selbst. Die Entfernung der Röhre geschieht bei Kindern in Narkose, bei Erwachsenen unter localer Anästhesie, indem man den oberen Theil der Röhre bei indirecter Laryngoskopie erfasst und sie entfernt, sobald der Silberdraht von einem Assistenten herausgezogen worden ist.

WILH. SOBERNHEIM.

91) **Tapia. Ein Fall von syphilitischer Trachealstenose durch indirekte Tracheoskopie nach der Methode Semeleder-Störk-Killian diagnosticirt. (Un caso de estenosis traqueal sifilitica diagnosticada por traqueoscopia indirecta segun el método de Semeleder-Stoerk-Killian.)** *Revista clinica de Madrid. Febr. 1910.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

92) **Sidney Yankauer. Strictur der Trachea nach Tracheotomie; Dilatation mittels Bronchoskops. (Stricture of the trachea following tracheotomy; dilatation with bronchoscope.)** *The laryngoscope. October 1911.*

18jährige Patientin; im Alter von 4 Jahren Tracheotomie wegen Diphtherie; da Decanulement unmöglich, hat Pat. die Canüle bis vor einem Jahr getragen.

Bei Verschluss der Trachealfistel mit dem Finger konnte sie ein paar Athemzüge holen, dann aber trat sofort wieder Dyspnoe ein. Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel zeigte eine kleine Oeffnung in der Trachea etwas unterhalb der Stimmbänder auf der rechten Seite nach vorn zu.

Mit der Dilatation wurde so begonnen, dass von der Trachealöffnung aus Sonden von steigender Stärke eingeführt werden. Als auf diese Weise die Strictur etwas erweitert war und auf diese Weise ein weiterer Fortschritt nicht erzielt werden konnte, führte Verf. bronchoskopische Röhren ein. Die Röhren wurden in häufigen Intervallen und in steigernder Dicke eingeführt, bis schliesslich ein Rohr von 11 mm Durchmesser eingeführt werden konnte. Die Tracheotomiefistel wurde durch eine Plastik in folgender Weise geschlossen: Es wurde rings um die Fistel nach der Trachealschleimhaut eine circuläre Incision gemacht und von dieser aus in der Medianlinie nach oben und unten ein Verticalschnitt geführt. Die tracheale Hälfte der Fistel wurde dann ausgetrennt; die Trachea von allen Narbenadhäsionen befreit und die Ränder der Trachealwunde mit einer ganz in der Submucosa liegenden Matratzennaht vereinigt. Dann wurde die äussere Hälfte der Fistel von ihren Narbenadhäsionen befreit und mit Seide genäht; ein Catgutdrain wurde in der Wunde gelassen. Es trat völlige Heilung ein.

EMIL MAYER.

93) **W. L. Wallace** und **H. O. Brush. Zerreissung der Trachea. (Laceration of the trachea.)** *Buffalo medical journal. October 1911.*

Fall eines 44jährigen Mannes, der mit der Vorderseite des Halses auf eine Stuhllehne fiel; 6 Tage lang blutige Expectoration und Athemnoth. Bei der Operation fand sich, dass 3—4 Trachealringe — vom 3. bis 5. oder 6. — gebrochen waren. Das proximale und distale Ende der zerrissenen Trachea waren völlig getrennt und wurden durch Bindegewebsmembran zusammengehalten. Eine eingeführte Trachealcanüle wurde ausgestossen. Die Splitter der Ringe wurden entfernt, die Trachealwunde mit feinem Catgut geschlossen. Die meisten Nähte wurden durch die ganze Trachealwand geführt, indem die gebrochenen Ringe an die gesunden, die darüber und darunter waren, gestützt wurden. Das Trachealrohr wurde dadurch luftdicht gemacht, dass Fascie darüber genäht wurde. Völlige Heilung. Verff. weisen auf die hohe Mortalität dieser Fälle bei der üblichen Behandlung mittels Tracheotomie hin.

EMIL MAYER.

f) Schilddrüse.

94) **Wegelin** (Bern). **Zur Histogenese des endemischen Kropfes.**

Nach verschiedenen Arbeiten bei Langhans aus den letzten 2 Jahren hat sich folgende Parallele zwischen Schilddrüsen aus Kropfländern und solchen aus kropffreien Gegenden ergeben:

Für erstere: Grösserer Umfang und höheres specifisches Gewicht der Drüsen, chromatinreiche grosse Zellkerne, epitheliale Hyperplasie typisch, Kröpfe mit multiplen Knoten (Struma nodosa), Kröpfe mit Bildung von zahlreichen diffusen kleinen Drüsenbläschen, die wenig oder kein Colloid enthalten (Struma colloides diffusa).

Für letztere: Viel besser ausgebildete Drüsenbläschen mit viel Colloidgehalt, der an die Lymphgefässe abgegeben wird (nach Verf.); kleinerer Umfang und niedrigeres specifisches Gewicht der Drüsen; Knotenbildung nicht ganz ausgeschlossen aber bedeutend geringer, rudimentär. Der Jodgehalt des Colloids ist viel bedeutender als in den Kropfgegenden.

Die epitheliale Hyperplasie in den Drüsenzellen der Schilddrüsen aus Kropfgegenden rührt von dem Kropftoxin her, dessen Herkunft unbekannt ist. Jedenfalls scheint die Kropfbildung dem Trinkwasser zugeschrieben werden zu müssen, aber Kropfmikroben sind bis jetzt nicht nachgewiesen und ihre Existenz ist sehr zweifelhaft (Langhans).

Der Jodgehalt des Colloids und das Kropftoxin stehen in umgekehrtem Verhältniss.

Die charakteristische epitheliale Hyperplasie der Schilddrüse, welche sehr wahrscheinlich regenerativen Charakter hat, schliesst sich an eine primäre Schädigung des Epithels durch das Toxin an. In diesem Sinne glaubt Verf. durch seine klinischen und experimentellen Untersuchungen die Pathogenese des endemischen Kropfes aufklären zu können.

JONQUIÈRE.

95) **F. Blum** (Frankfurt a. M.). **Ueber die interne Behandlung des Morbus Basedowii.** *Schweiz. Rundschau für Medizin. No. 6. 1912.*

Verf. sieht als Ursache des Basedow nicht den Hyperthyreoidismus der degenerirten Schilddrüse, sondern eine antithyreoidale Insufficienz des ganzen Organismus, namentlich des Darmes in Folge von Darmgiften an, welche letztere durch Fleischnahrung entstehen sollen. Er behandelt deshalb den Basedow mit gänzlicher Entziehung aller Kost vom todten Thiere, mit Freiluftliegecur, Kaltwasserherzschlauch und Bromalbacid, 3 × 1,0 pro die. Er hatte unter 52 Fällen 44,25 pCt. Heilungen, 34,64 pCt. bedeutende Besserungen und 21,11 pCt. Erfolglosigkeit. Nach ihm ist der Basedow, wie Eulenburg sich ausdrückte, einstweilen noch ein gesicherter Besitz der inneren Medicin mit einem Nothausgang nach der chirurgischen Seite hin.

Bezüglich des Hyperthyreoidismus ist zu sagen, dass Kocher denselben experimentell nachgewiesen hat (Ref.).

JONQUIÈRE.

96) **Breitner** (Wien). **Struma.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 15. December 1911. *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1911.*

Demonstration der Familie eines Bahnstreckenwärters, welche durch den Gebrauch des Wassers eines bestimmten Brunnens (Kropfbrunnen) an Struma ererkrankte. Experimenteller Nachweis des causalen Zusammenhanges.

HANSZEL.

97) **John J. Gilbride. Schilddrüsenculturen bei Kropf. (Cultures from the thyroid gland in goiter.)** *Journ. amer. med. association. 16. December 1911.*

Die bakteriologischen Untersuchungen des Verf. bezogen sich auf 6 Fälle von Basedowkropf und 8 Fälle von Cystenkropf. Eine Cultur des Micrococcus tetragenus wurde in einem Basedowfall erhalten, von Streptococcus vermiformis Sternberg in einem Fall von Cystenkropf. In allen anderen Fällen wuchsen keine Mikroorganismen.

EMIL MAYER.

98) **Vandeput. Ein Fall von Dysthyreidie. (Un cas de dysthyreidie.)** *Société clinique des hôpitaux de Bruxelles. 14. März 1912.*

20jähriges Mädchen mit nervösen, vasomotorischen und trophischen Störungen an den Beinen, horizontalem Nystagmus, Zittern der geschlossenen Augenlider etc., alles verursacht durch einen geringen Kropf. PARMENTIER.

99) **W. J. van Stockum** (Rotterdam). **Struma maligna.** *Ned. Tijdschr. v. Gen. II. S. 2287. 1910.*

Mittheilung von drei Fällen von maligner Geschwulst der Schilddrüse bei Personen im Alter von ungefähr 50 Jahren. Ausführliche Besprechung der Operationstechnik und der dabei obwaltenden Fragen. H. BURGER.

g) Oesophagus.

100) **Harris P. Mosher. Falten- und Membranbildung am oberen Ende des Oesophagus. (Folds and webs at the upper end of the esophagus.)** *The Laryngoscope. November 1911.*

Bei einem Patienten, der seit 15 Jahren an Schwierigkeiten beim Schlucken klagte, fand Verf. eine wahre Membran am oberen Ende des Oesophagus; sie hatte die Form eines Diaphragma mit kleiner centraler Oeffnung. Die Natur der Membran wurde dem Verf. erst deutlich, als er einen Dilatator in das Lumen einführte und ihn spreizte. In dieser Methode sieht Verf. ein Mittel, um die wahren Membranen von gelegentlichen Faltenbildungen zu unterscheiden. Es wurden drei Mal weiche Sonden eingeführt. Pat. wurde schnell geheilt. EMIL MAYER.

101) **Th. Kopp. Beitrag zur Entstehungsweise der Oesephagusdivertikel.** *Dissert. Tübingen 1910.*

Mittheilung eines Falles unter Berücksichtigung der Literatur. OPPIKOFER.

102) **J. Belkowski. Ueber primären Krebs im unteren Oesophagustheile; Metastase im oberen, der zugleich auch den Pharynx und die Trachea stenosirte. (Rak pierwatmj w dolnej czesci przetyku; prze zut w gornej czesci.)** *Gaz. Lek. No. 7. 1912.*

Der Fall verdient Beachtung, da der primäre, im unteren Oesophagustheile localisirte Krebs durch die ganze Zeit seiner Existenz hindurch keine Anzeichen gab und erst am Ende des Lebens des Kranken zeigten sich acute stenotische Erscheinungen im Pharynx und in den Athmungswegen, die durch das Wachsthum des secundären Krebses in dem oberen Theile des Oesophagus an der Grenze der Trachea verursacht waren. A. v. SOKOLOWSKI.

103) **S. T. Beggs. Oesophagusstrictur durch einen Fremdkörper verlegt. (Oesophageal stricture obstructed by a foreign body.)** *Brit. med. journal. 30. März 1912.*

Bei einem 30jährigen Mann vollkommene Verlegung des Oesophagus durch Einkeilung eines Stücks Hühnerfleisch in eine fibröse Strictur, die in Höhe des

Zwerchfells gelegen war und die Folge einer Laugenverätzung vor 3 Jahren war. Der Fremdkörper wurde mit einem Oesophagusbougie aufgespiesst und so entfernt.

A. J. WRIGHT.

104) **Sidney Yankauer. Vier Fälle von Fremdkörper des Oesophagus, entfernt mittelst Oesophagoskops. (Four cases of foreign body in the oesophagus removed with the aid of the esophagoscope.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. Juni 1911.*

Fall I betrifft eine Münze; in Fall II hatte ein 14 Monate altes Kind ein Metallspielzeug (ein Huhn aus Metall) verschluckt; ösophagoskopische Entfernung in Aethernarkose; trotz der vielen scharfen Ecken des Fremdkörpers keine Wunde im Oesophagus. Fall III: $2^1/_2$ Jahre alter Knabe hat einen Penny verschluckt; die Entfernung des gerade unterhalb des Ringknorpels sitzenden Fremdkörpers gelang 4 Tage darauf mit Hülfe des Oesophagoskops leicht. An der hinteren Oesophaguswand eine durch den Fremdkörper bedingte Abrasion der Schleimhaut. Fall IV: 4jähriger Knabe hat ein Metallstück verschluckt, von unregelmässiger Gestalt und mit sehr scharfen Ecken. Als Verf. mit dem Oesophagus in die Höhe des Ringknorpels kam, sah er eine ausgedehnte Wunde an der hinteren Oesophaguswand, die mit weisslichem Exsudat belegt war, die horizontal von links nach rechts verlief und sich auf der rechten Seite tief nach unten erstreckte. Beim Weiterschieben kam man mit dem Oesophagus in einen engen Canal, der bei der Respiration sich öffnete und schloss; jedoch wurde der Fremdkörper nicht gefunden. Es stellte sich heraus, dass man in einen von der Oesophaguswunde ausgehenden Fistelgang gerathen war. Erst nach verschiedenen Versuchen gelang es, in den Oesophagus zu kommen und den Fremdkörper zu extrahiren. Das Kind starb einige Tage darauf.

EMIL MAYER.

105) **Labouré. Oesophagoskopie wegen Fremdkörper. (Oesophagoscopie pour corps étrangers.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 5. 1912.*

Nach allgemeinen Angaben über die Technik, wobei für die Extraction von Fremdkörpern immer die allgemeine Anästhesie empfohlen wird, beschreibt Verf. sechs Fälle, in denen er die Extraction vorzunehmen hatte. Nur drei Mal gelang dieselbe, in den drei anderen Fällen wurde der Fremdkörper nur delogirt, worauf er nach abwärts versank. In diesen 3 Fällen (Anhängsel, Gebiss, Münze) wurde dann der Fremdkörper auf natürlichem Wege ausgeschieden.

LAUTMANN.

106) **Richard Lewisohn. Ein neues Oesophagoskop. (A new esophagoscope.)** *Journal american medical association. 18. November 1911.*

Das Instrument ist ähnlich construirt, wie die Gastroskope von Poirier und Eckstein, unterscheidet sich aber von ihnen dadurch, dass es die Form eines Teleskops hat; es sind 6 kleine Röhren, die immer eine in die andere passen. Jede Röhre ist 5 cm lang; der Durchmesser variirt von 9—14 mm. Das Bild wird durch einen Spiegel übertragen; ein anderer durchbohrter Spiegel befindet sich am oberen Ende und dient zum Reflectiren des Lichts.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege.

Herausgegeben von Katz, Preysing und Blumenfeld. Verlag Kabitzsch. I. Bd. 2. Hälfte. Lieferung 2/3 u. 4/5. 1911.

II. Corrective Nasen- und Ohrenplastik von Jacques Joseph (Berlin).

Es war ein guter Gedanke der Herausgeber, den eigentlichen Begründer der Nasencorrecturen, dessen hier und da erschienene Publicationen die Aufmerksamkeit und das Interesse besonders der Rhinologen erregten, zu veranlassen, seine reichen Erfahrungen in einer ausführlichen Arbeit niederzulegen. Damit ist auch denjenigen Collegen, die nicht Gelegenheit hatten, den J.'schen Operationen beizuwohnen, ausreichendes Material zum Studium dieser Methodik gegeben, die ja eigentlich in unser Gebiet hineingehört, und eine Basis geschaffen, auf der nun mit vereinten Kräften weitergebaut werden kann.

Die corrective Nasenplastik zerfällt in Nasenverkleinerung (Rhinomiosis), Nasenrichtungs- oder Schiefnasenplastik (Rhinorthosis) und Umlagerungsplastik (Rhinometathesis).

Die Operationen werden unter Lokalanästhesie (1/2 proc. Lösung von Adrenalin und Cocain in physiologischer Kochsalzlösung) ausgeführt.

Die Nasenverkleinerungsplastik.

Nach einer in den Thatsachen begründeten kurzen geschichtlichen Uebersicht bespricht J. die Motive zur Rhinomiosis und die Bedeutung der Operation für das praktische Leben, indem er der aus der Entstellung hervorgehenden psychischen Depression besonderen Werth beilegt.

Die hypertrophischen Gestaltsfehler scheiden sich in Hypertrophie der starren und der beweglichen Nase, von denen die erstere sich sondert in das abnorm convexe Nasenprofil (Knochen- oder Knorpelhöcker und krumme Nase) und die abnorme Breite der knöchernen Nase.

Er bespricht die Operation der Höckerabtragung und bildet sowohl die ausgezeichneten Resultate, als auch seine Instrumente ab. Nach der Verschmälerung der breiten Nase muss der Patient noch eine Zeit lang eine Nasenklemme tragen, um der Neigung der knöchernen Seitenwände, in ihre alte fehlerhafte Stellung zurückzukehren, vorzubeugen.

Zur Hypertrophie der beweglichen Nase gehören die abnorme Vorwölbung der dreieckigen Knorpel, die er durch Excisionen abflacht, die abnorme Länge der Nase, Gestaltsfehler der Nasenflügel (Vorwölbung, Flachheit, Hoch- und Tiefstand) und der Nasenspitze (Breite, Schmalheit, Hervorragen und Zurückstehen). Für jede dieser Operationen giebt er eine Reihe den Text illustrirender Abbildungen.

Die Rhinorthosis: Die knorpelige Schiefnase besteht in dem seitlichen Knorpelhöcker, dem Schiefstand des knorpeligen Nasenrückens, der Deviation der Nasenspitze oder der Asymmetrie der Nasenflügel; die knöcherne Schiefnase im seitlichen Knochenhöcker oder der totalen Schiefheit der knöchernen Nase.

Die Rhinometathesis corrigirt Nasenflügeldefecte, Doggen- und Sattelnasen. Zu den vom Verf. erreichten und in Photographien dargestellten Resultaten kann man ihm gratuliren. Es ist natürlich nicht möglich, im Rahmen eines Referats auf die Methoden der einzelnen Operationen einzugehen; wer sich mit ihnen vertraut machen will, muss sich durch die Lektüre der Originalarbeit zu orientiren versuchen, von der ich gewünscht hätte, dass sie hier und da noch ausführlicher behandelt worden wäre.

III. Die Paraffintherapie von A. E. Stein (Wiesbaden).

Im allgemeinen Theil bespricht St. die Technik der Paraffininjectionen und das Injectionsmaterial (Vaseline, Weichparaffin und Hartparaffin); für das Einpressen des Hartparaffins empfiehlt sich die modificirte Guyon'sche Tripperspritze, in einer Sitzung soll nicht mehr als 2 ccm injicirt werden, weil sonst Unglücksfälle eintreten können.

Eine Intoxicationsgefahr besteht nicht, dagegen ist die Emboliegefahr (Augenarterie, Lungencapillaren) nicht von der Hand zu weisen, wenn sie auch bei technisch richtiger Anwendung fast immer zu vermeiden ist; dasselbe gilt von der Verbrennung, der Hautnekrose und der Infectionsgefahr. Das „Paraffinom" ist eine seltene Complication.

Der Block des Weichparaffins wird von Bindegewebe durchwachsen, der des Hartparaffins von einer straffen Kapsel umgeben.

Im speciellen Theil erwähnt Verf. zuerst die Paraffininjectionen in der Rhinologie, und zwar zur Correctur der Sattelnase, nach der Resection des Oberkiefers, bei Defecten des weichen und harten Gaumens, nach der Operation des Stirnhöhlenempyems, zur Behandlung der Ansaugung der Nasenflügel und bei der Ozaena. Für letzteren Fall empfiehlt er Paraffin vom Schmelzpunkt ca. 45°, als Injectionsstelle in erster Linie die unteren Muscheln und die Gegend des Nasenbodens, in zweiter das Septum und eventuell die mittleren Muscheln. Bei vorgeschrittenen Fällen kommt das Einlegen von Paraffin in festen Stücken in Frage.

Es folgt dann das Kapitel der Paraffininjectionen in der Otologie.

IV. Plastische Operationen von Ph. Bockenheimer (Berlin).

Die Autoplastik entnimmt das Deckungsmaterial dem Träger selbst, die Heteroplastik einem anderen Menschen eventl. auch einer Leiche, die Alloplastik benutzt fremdes, und zwar lebloses Material.

Immer ist eine peinliche Asepsis, exacte Blutstillung, gute Verbandtechnik und geübte Nachbehandlung zu fordern.

Die Autoplastik geschieht durch Transplantation von Epidermislappen nach Thiersch, die sich nur da eignet, wo das Unterhautfettgewebe nur spärlich entwickelt ist, und von Cutislappen nach v. Esmarch-Krause, die Verf. eingehend beschreibt. Die einfachste Methode ist die Hautplastik durch Zusammenziehung und Verschiebung der Hautränder des Defects nach Celsus; die souveräne Methode für die Deckung von Defecten des Gesichts bleibt die Hautplastik mit Hilfe von gestielten Hautlappen, die verlagert werden durch Verschiebung oder



Drehung. Diesen klaren und durch zahlreiche Abbildungen illustrirten Auseinandersetzungen folgt eine kurze Besprechung der Transplantation von Muskeln und Nerven, Knochen und Fettgewebe. Die Heteroplastik kommt für das Gesicht fast nicht in Betracht. viel aber die Alloplastik, die Paraffin, Kautschuck, Elfenbein, Metalle u. a. verwendet.

Die Wundheilung bei plastischen Operationen findet die günstigsten Bedingungen bei der Autoplastik und besonders bei der Epidermistransplantation, wo der Vorgang mit dem bei der primären Wundheilung identisch ist. Bei dem Cutislappen dauert infolge der Abstossung von Epidermis und der oberflächlichen Cutisschichten die Heilung länger, aber nicht so lange bei den gestielten Hautlappen, die von Anfang an mit einem ernährenden Gefäss in Verbindung stehen, wie bei den ungestielten. Bei Knochentransplantation ist es wichtig, das intakte Periost mit zu übertragen, da von ihm aus die Regeneration von Knochengewebe erfolgt.

Für die Fronto- und Temporoplastik (nach malignen Tumoren, Lues, Lupus u. a.) werden die Epidermis- oder Cutislappen am besten von der Aussenseite des Oberschenkels entnommen. Zur Deckung eines Weichtheilknochendefectes in Stirn- und Schläfengegend entnimmt man der Scheitelbeingegend gestielte Weichtheilknochenlappen.

Für die Maloplastik benutzt man mehrere kleine Cutislappen, bei grösseren Defecten der Wange finden combinirte Methoden Anwendung. Die Mentoplastik kann sich oft auf Zusammenziehung der Wundränder beschränken, bei grösseren Defecten entnimmt man der Regio colli lateralis einen gestielten Cutislappen.

Die Blepharo- und Orbitoplastik interessiren die Leser dieses Blattes weniger als die Rhinoplastik. Die Sattelnase wird durch Paraffininjectionen nicht dauernd beseitigt, sondern nur durch chirurgische Eingriffe: Transplantation von Knochen aus Tibia oder Rippen oder offene Operationen vom Nasenrücken, deren einzelne Methoden nunmehr beschrieben und kritisch gewürdigt werden. Für die totale Rhinoplastik kommen Operationen in Betracht, bei denen nur die ganze Weichtheilmasse zu ersetzen ist oder ausser den Weichtheilen auch das ganze Knochengerüst ersetzt werden muss. Es werden nun eingehend besprochen die indische, die französische (Serre-Nélaton), die italienische (Tagliacozza) und die neueren Methoden (Israel, Joseph, Lexer), deren Einzelheiten im Original eingesehen werden müssen.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit der Auroplastik. Es folgt dann die Cheilo- und Stomatoplastik incl. der Nasenschartenoperationen, die in sehr anschaulicher Weise beschrieben und durch zahlreiche instructive Abbildungen erläutert werden.

Die Röntgendiagnostik bei Erkrankungen der Nebenhöhlen, der Hypophysis, der Zähne und der Ohren von A. Kuttner (Berlin).

Nach einem geschichtlichen Ueberblick und der Beschreibung des Instrumentariums und der Technik, wobei er der wichtigen stereoskopischen Aufnahme besondere Aufmerksamkeit schenkt, bespricht er das Röntgenbild des Schädels. Es soll uns zur topographischen Orientierung dienen — und hierin wird es von keinem

anderen Mittel erreicht — und uns bei der Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen unterstützen. Die Schwierigkeiten und Fehlerquellen bei der Beurtheilung des Röntgenbildes werden genau durchgesprochen und die einzelnen Höhlen dabei berücksichtigt; weiter die Tumoren der Hypophysis und der Sinus.

Die radiographische Untersuchung der Zähne ist von Werth für die Erkennung versprengter Zähne, für die Gáumenregulirung, für die Feststellung des dentalen Ursprungs eines Kieferhöhlenempyems.

Eine Reihe schöner Tafeln illustrirt den klar geschriebenen Text.

A. Rosenberg.

---

b) George Laurens. Oto-Rhino-Laryngologie du médecin praticien. Masson & Co. Paris 1912.

Das vorliegende Buch stellt den Versuch dar, den allgemeinen Praktiker in einer knappen, sich fast den mathematischen Lehrsätzen nähernden Form mit dem oto-rhinologischen Specialfach vertraut zu machen. Durch die Lectüre dieses Leitfadens wird sich der Arzt zunächst davon überzeugen können, dass viele Theile unseres Faches in seinen Competenzbereich gehören und dass, wie der Verf. mit Recht bemerkt, auf unserem Gebiet die Diagnose der meisten Infectionen in unserem Spiegel zu lesen ist.

Ein kurz gefasstes, aber sehr praktisches Résumé enthält zunächst die Symptomatologie der in diesem Vademecum des Praktikers abgehandelten Specialkrankheiten, dann bespricht der Verf. die anzuwendende Therapie, wobei er in erster Linie angiebt, nicht was man thun, sondern was man vermeiden soll.

Der zweite Absatz in jedem Capitel unterrichtet den Praktiker über die verschiedenen medicamentösen und chirurgischen Behandlungsmethoden, die ihm für die betreffende Krankheit zur Verfügung stehen.

Zahlreiche im Text vertheilte Figuren, die einen rein schematisch aus einfachen Strichen, die anderen nach Zeichnungen und schraffirt, tragen wesentlich zum Verständniss und besonders zur Erläuterung der verschiedenen Operationsmethoden bei.

Das Buch von G. Laurens wird als eine Art Bädecker für unser Fach dem angehenden Specialisten und dem allgemeinen Praktiker beträchtlich die Orientirung auf dem Gebiete der Oto-Laryngologie erleichtern. E. J. Moure.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 15. März 1912.

Weingärtner zeigt eine Patientin mit syphilitischen Verwachsungen und Verengerungen im Rachen.

Scheier demonstrirt einen Sänger, der mit Doppelstimme singen kann. Bei der Röntgenaufnahme sieht man bei der Doppelstimme den weichen Gaumen



den Nasenrachen abschliessen, zwischen ersterem und dem etwas stärker gewölbten Zungenrücken bleibt ein kleiner Zwischenraum. Der Kehldeckel legt sich mit seinem oberen Theil nach hinten und berührt fast die hintere Rachenwand, und seine untere Partie liegt dicht auf den Spitzen der Aryknorpel. Er macht dabei zitternde Bewegungen. Hohe Töne kann der Sänger mit Doppelstimme nicht singen. Der hohe Ton derselben wird von den Stimmbändern erzeugt, der tiefere wahrscheinlich von dem Kehldeckel, indem er mit den Aryknorpeln oder der hinteren Rachenwand einen Spalt bildet.

Musehold: Der tiefe Ton wird wohl an der Uvula erzeugt, da ihre Fixirung mit der Sonde ihn aufhebt, oder am weichen Gaumen.

A. Meyer hat dieselbe Auffassung.

Barth will diese Möglichkeit nicht von der Hand weisen, vielleicht erzeugen die Taschenbänder den tiefen Ton oder die Schwingungen des Kehldeckels.

Pielke glaubt an die Möglichkeit der Entstehung beider Töne in der Stimmritze.

Rosenberg plaidirt für die Entstehung des tiefen Tones in der Enge zwischen Epiglottisrand und hinterer Rachenwand, weil er einen brummenden Charakter hat, und bei hohen Tönen, wo der Kehldeckel sich aufrichtet, eine Doppelstimme nicht hervorgebracht werden kann.

Scheier schliesst sich dieser Auffassung an.

Albrecht: 2 Fälle erschwerten Decanülements bei postdiphtherischer Narbenstenose. Laryngostomie, Einstülpung der äusseren Haut in das Kehlkopfinnere, Fixirung durch Nähte und Gummischwammtamponade. Später soll der Spalt durch Plastik geschlossen werden.

Killian verwirft für solche Fälle die Intubation und spricht der Laryngostomie das Wort. In einem Falle mit grosser Oeffnung hat er diese durch einen Hautknorpellappen vom Schildkorpel geschlossen.

Albrecht: Perichondritis laryngis bei einem Kinde. Glatte Schwellung des rechten Taschenbandes, Druck gegen die rechte Schildknorpelplatte schmerzhaft. Aeusserer Eingriff. Der Knorpel war erweicht und es zeigte sich ein mit Granulationen ausgefüllter abgekapselter Abscess. A. hält diese Perichondritis für eine tuberculöse.

A. Meyer hält eine syphilitische Genese für wahrscheinlicher.

Killian hält an der Diagnose Tuberculose fest und empfiehlt in solchen Fällen einen Eingriff von aussen.

Hölscher erwähnt einen dem vorgestellten ähnlichen Fall, der ebenso mit Erfolg operirt wurde.

Albrecht: Fall von chronischem Oesophagusabscess. Vorwölbung der hinteren Oesophaguswand, die das Lumen erheblich beeinträchtigt; Incision, Eiter. Der Abscess ist wahrscheinlich nach einer Verletzung der Schleimhaut durch ein Knochenstückchen entstanden. Kurz vor Beginn der Erkrankung hatte er ein Kopferysipel.

Heymann glaubt auf Grund einiger selbstbeobachteter Fälle für die Aetiologie des Abscesses das Erysipel verantwortlich machen zu sollen.

Peyser: Auch retropharyngeale Senkungsabscesse müssen für die periösophagealen Abscesse in Anspruch genommen werden, wie ihn jüngst ein Fall lehrte.

Hölscher berichtet über zwei dem vorgestellten ähnliche Fälle.

Claus zeigt das Röntgenogramm eines retropharyngealen Abscesses, auf dem die Abscesshöhle sehr deutlich zu sehen ist.

Halle glaubt auch, dass das Erysipel die Ursache des Abscesses war.

Scheier berichtet über einen Fall periösophagealen Abscesses eigener Beobachtung.

Albrecht zeigt das Röntgenbild eines Rachentumors, der sich als grosses Gumma erwies.

Sitzung vom 19. April 1912.

Hölscher berichtet über einen Todesfall in Folge von Cocainintoxication, bei dem versehentlich eine 20proc. Lösung submucös eingespritzt wurde.

Wolff zeigt eine Modification des Apparats zur Ausübung der Schwebelaryngoskopie; die Schwebelage wird durch langsames Tieferdrehen des Tisches erzielt.

Hölscher zeigt die neue Construction des Killian'schen Apparats, der auch bei ambulanten Patienten mehrfach angewendet worden ist.

Schötz fragt, ob bei den operativen Eingriffen nicht stärkere Blutungen auftreten, die eventuell zu Pneumonie führen könnten.

Hölscher verneint dies.

Hölscher: Laryngostomie bei ausgedehnter Kehlkopftuberculose. Schwellung des Kehlkopfeinganges und grosses Ulcus der Schleimhaut am hinteren Theil des Ringknorpels, das ausgekratzt und mit Milchsäure verschorft wurde. Es ist bereits nahezu Heilung eingetreten.

Sturmann stellt einen Fall vor, bei dem durch die Oberkieferdehnung gleichzeitig das verbogene Septum gerade gerichtet wurde.

Peyser hat ebenfalls solche Fälle gesehen.



Landsberger: Einfluss der Zähne auf die Entwickelung der Nase. Die Zähne liegen im Alveolarfortsatz mit den Wurzeln nach innen, mit den Kronen nach aussen, zeigen also ein centrifugales Wachsthum, wie experimentelle Untersuchungen erwiesen. Von diesem wieder hängt das Breitenwachsthum des Kiefers und Schädels ab; auch hierfür haben Experimente den Beweis erbracht. Wo die Zähne fehlen resp. entfernt wurden, entstand auf der entsprechenden Seite eine Degeneration des Kiefers und Hypertrophie der Nasenmuschel. Dieselben Erscheinungen finden wir auch da, wo einzelne Zähne nicht in der Reihe stehen, sondern in Folge einer anormalen Zahnanlage zu weit palatinal gerückt sind. Ist dies bei der ganzen geschlossenen Zahnreihe der Fall, dann entwickelt sich der „hohe Gaumen", eine Verengerung der Nasenrespirationsspalte. Der hohe Gaumen ist nur vorgetäuscht; es handelt sich um einen nach unten verlängerten Zahnfortsatz.

Rosenberg: Der hohe Gaumen bei Nasenstenose ist thatsächlich ein solcher. Die Deviation des Septums entsteht in Folge der Raumbeschränkung und ist nicht Folge der Muschelanschwellung.

Peyser stimmt dem zu und sieht durch L.'s Untersuchungen die Frage nicht gelöst, wie ohne Entzahnung der hohe Gaumen zu Stande kommt. Die Ersetzung oder Steigerung der natürlichen centrifugalen Kräfte des Zahnwachsthums durch maschinelle Kräfte führt zur Anregung des Breitenwachsthums des Kiefers.

Grabower: Die von L. beobachtete Muschelhypertrophie findet vielleicht ihre Ursache in der vermehrten Blutzufuhr, die ihrerseits ihren Grund hat in der Verödung des Blutstromes im Kiefer, also eine secundäre Hyperämie ist.

Kuttner stimmt mit Rosenberg überein, denn bei den L.'schen Versuchen handelt es sich immer um eine einseitige Wachsthumsstörung, bei unseren pathologischen Fällen um doppelseitige.

Ritter: Directe Operationen im Nasenrachenraum.

R. empfiehlt das Yankauer'sche Instrument sowohl für diagnostische Zwecke, als auch für Operationen, die sich im Wesentlichen an dem adenoiden Gewebe abspielen. Einmal hat er ein Fibroadenom der Rosenmüller'schen Grube entfernt.

Ritter: Ein durch Antimeristem Schmidt anscheinend geheilter Fall von Pharynxcarcinom.

Es handelte sich um einen tief ulcerirten Tumor von $1^1/_2$ cm im Durchmesser in der Vallecula mit Drüsenmetastasen; die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Von einer Geschwulst ist nichts mehr zu sehen, die Drüsen sind ebenfalls geschwunden.

Sitzung vom 10. Mai 1912.

Max Levy zeigt ein sich selbsthaltendes Nasenspeculum, das beide Nasenlöcher spreizt.

Killian demonstrirt ebenfalls ein dreigliedriges selbsthaltendes Nasenspeculum, das an einem mit Stiften versehenen Stirnreifen befestigt wird, das Hölscher modificirt hat und dessen Branchen lang sind.

Killian zeigt dann selbsthaltende Haken für die Kieferhöhlenoperation und die „Drücker", um die Infraction der unteren Muscheln und des Septums zu machen.

Hölscher demonstrirt zwei Patienten, bei denen er nach Totalexstirpation von Kehlkopf und Schlund die Plastik gemacht hat und von denen die eine vollkommen geheilt ist, während bei dem zweiten noch eine Hautnekrose vorhanden ist, die aber auch im Begriff zu heilen ist.

Heymann zeigt eine Patientin mit syphilitischer Verwachsung im Rachen und Kehlkopf.

Albrecht empfiehlt zur Behandlung verschiedener Larynxerkrankungen ein modificirtes Brünings'sches Heissluftbad; in zwei Fällen von tuberculösem Larynxödem hat es vorzügliche Dienste geleistet.

Ritter macht einige Bemerkungen zu dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von anscheinend geheiltem Pharynxcarcinom; er verbreitet sich über die Zusammensetzung des Antimeristems und die von verschiedenen Autoren damit gemachten Erfahrungen.

Schötz möchte vor Ueberschätzung der „Heilwirkung" des Antimeristems warnen; es hat wohl keine specifische Wirkung auf die Carcinomzellen. Vorübergehende Besserungen erzielt zuweilen auch das Jodkali. A. Rosenberg.

---

d) Polnische oto-laryngologische Gesellschaft in Lemberg.

Sitzung vom 16. Januar 1912.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.
Schriftführer: Dr. Wieser.

I. Litwinowicz demonstrirt einen Fall von unregelmässigem Verlauf der Art. carotis. Bei der Inspection des Rachens sieht man eine Pulsation nahe am linken hinteren Gaumenbogen, die nach unten im linken Sinus piriformis sich verliert. Ref. ist der Ansicht, dass man bei Operationen im Rachen an die Möglichkeit eines solchen Zustandes denken müsse, wiewohl er zu den Seltenheiten gehört.

In der Discussion bemerkt Lehm, dass er einen ähnlichen Fall in der Klinik gesehen und ohne üble Folgen tonsillotomirt habe.

II. Lehm bespricht einen Fall von Neubildung in der Nase, die histologisch untersucht und als Fibroadenom diagnosticirt wurde. Der Tumor nahm trotz seines gutartigen Charakters derart an Wachsthum zu, dass er im



Laufe eines Jahres die Nasenbeine auseinanderdrängend in die Siebbeinzellen hineinwuchs, Exophthalmus des linken Augapfels, eine eitrige Dacryocystitis und grauen Star hervorrief. Ungefähr 1 cm vom unteren Orbitalrande befindet sich eine Fistel, durch die man eine Sonde in die Nasen- und Highmorshöhle einführen kann. Redner bespricht die Therapie und ist der Ansicht, dass der Tumor nach temporärer Resection der Nase gänzlich zu entfernen sei.

Discussion:

Jurasz erwähnt einen Fall von Adenofibrom, das er vor einigen Jahren bei einer Frau in Heidelberg gesehen hat. Die Neubildung wuchs in die Schädelgrube hinein und reichte bis an die Dura. Der Tumor wurde ausgeschält; Recidiv trat nicht ein. J. ist der Meinung, dass der Ausgangspunkt solcher Neubildungen meistens die Highmorshöhle sei.

III. Wieser bespricht a) Fälle von Sklerom mit Salvarsan behandelt. Angeregt durch die Veröffentlichung im Archiv für Laryngologie eines mit Salvarsan geheilten Skleromfalles wandte W. bei drei Skleromkranken in der Klinik diese Behandlung an. Es folgen kurze Krankengeschichten.

1. J. G., 42 Jahre, meldete sich mit Athembeschwerden und Heiserkeit. Die Untersuchung ergab im hinteren knöchernen Theile des Nasenseptums eine graugelbe Infiltration, die auf den weichen Gaumen und in den Nasenrachenraum übergeht. Eine Verdickung der Plica ary-epiglottica, des linken Aryknorpels und des linken falschen Stimmbandes in Form eines glatten, gespannten, wallnussgrossen Tumors. Flache, parallel zu den Stimmbändern verlaufende Infiltrate in der vorderen Commissur und unterhalb der Stimmbänder. Wassermann negativ. Nach 3 Salvarsaninjectionen Besserung des subjectiven Befindens — die Infiltrationen blieben jedoch unverändert.

2. M. P., 26 Jahre, kam in Behandlung mit Athembeschwerden und Nasenverstopfung. Die linke Nasenhälfte war mit Infiltraten, die sich auf den weichen Gaumen und die hintere Rachenwand ausstreckten, ausgefüllt. Rechts war noch eine kleine Oeffnung vorhanden. Der weiche Gaumen eingezogen. Unbedeutende Verdickungen unterhalb der Stimmbänder. Nach 3 Salvarsaninjectionen war keine Besserung zu bemerken.

3. R. T., 27 Jahre. Harte Infiltration am Boden der Nasenhöhle, am Septum, beiden Nasenflügeln und der Oberlippe, wo ein ulcerirender Zerfall des Gewebes zu bemerken ist. Im Rachen die hinteren Bogen infiltrirt. Nach 2 Einspritzungen Reinigung der Ulcerationen, die Infiltrate blieben jedoch unverändert.

In allen diesen Fällen untersuchte Dr. Feuerstein bakteriologisch das infiltrirte Gewebe und erhielt immer Bakterien von der Friedländer'schen Gruppe, zu der auch die Sklerombakterien Frisch's gehören.

b) Demonstration einer 19jähr. Kranken mit einem Tumor im Nasenrachenraum. Dieser ist hart, beweglich wie gestielt, sichtbar nach Aufheben des weichen Gaumens. Da auch eine bedeutende Hypertrophie der Gaumenmandeln vorhanden war, wurden diese entfernt, wonach sich der Tumor merklich senkte.

Da die Nasenmuscheln papillomatös entartet sind, kann man den Ursprung des Tumors nicht sehen. Redner behält sich vor, Näheres über den Charakter des Gebildes nach der Operation mitzutheilen.

In der Discussion glaubt Mondschein (Stanislau), es könnte dies eine Hypertrophie des hinteren Endes der unteren Muschel sein, worauf Prof. Jurasz antwortet, er kenne nicht, auch nicht aus der Literatur eine derartige Vergrösserung der unteren Muschelenden, es könnte eher eine hypertrophische Rachenmandel sein, oder was zur Seltenheit gehört, eine sog. Tonsilla tertia pendula.

Sitzung vom 20. Februar 1912.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.
Schriftführer: Dr. Wieser.

1. Jurasz stellt einen Fall von Antrorhinolith bei einem 30jähr. Manne vor. Den Kern zur Steinbildung bildete hier ein Holzstück, welches in der rechten Kieferhöhle und in der Nasenhöhle etwa 25 Jahre lang gelegen hat. Das Präparat wurde demonstrirt und erklärt und der Kranke vorgestellt. Der Ref. bespricht die Krankengeschichte und geht auf die bemerkenswerthen Einzelheiten des Falles näher ein. Wegen ihrer Seltenheit wird diese Beobachtung in einer Zeitschrift ausführlich veröffentlicht werden.

2. Wieser zeigte einen aus dem Nasenrachenraume entfernten Tumor bei einer Kranken, die er bereits in der Sitzung vom 16. Januar vorgestellt hat. Die Natur der Neubildung war damals noch zweifelhaft. Nach der Exstirpation des Tumors mit einer Zange erwies er sich bei der mikroskopischen Untersuchung als weiches Fibrom. Er ging vom Rande der rechten Choane aus.

3. Wieser bespricht einen Fall eines Empyems der hinteren Siebbeinzellen, das in die Orbita durchbrach und einen bedeutenden Exophthalmus des entsprechenden Augapfels hervorrief. Da der Kranke am Tage der Sitzung hohes Fieber hatte, konnte er nicht vorgestellt werden. Die Therapie beruhte in Extraction der vorhandenen Nasenpolypen, Excision der mittleren Muschel und Bildung einer weiten Communication zwischen der Augenhöhle und dem Siebbeinlabyrinth. Der Pat. verbleibt in Behandlung.

4. Lehm stellt eine Kranke mit einer unvollständigen Atresie des rechten Naseneinganges vor. Der Nasenflügel war mit dem häutigen Septum bis auf eine ganz kleine Oeffnung narbig verwachsen. Die Atresie entstand nach einer Aetzung der Nase wegen Nasenblutens vor 2 Jahren. Die Behandlung bestand im Einführen von Laminariastiften und Elektrolyse und nach zwei Wochen wurde der Naseneingang fast gänzlich wiederhergestellt.

Discussion:

Jurasz hat schon eine Anzahl von erworbenen Atresien beobachtet, sie sind fast alle entstanden in Folge eines unvorsichtigen oder gewaltsamen Gebrauchs von Aetzmitteln.



e) Laryngologische Section der Warschauer Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 28. December 1911.

Vorsitzender: Meyerson.

Koenigstein stellt 3 Fremdkörper vor, die er aus dem Kehlkopfe, der Speiseröhre und der Nase entfernte. Im ersten Falle handelte es sich um ein 3 cm langes und 2 cm breites Knochenstück, welches mit der Sonde aus dem Sinus pyriformis bei hochgradigem Oedem und beginnender Larynxstenose herausgehebelt wurde. Im zweiten Falle wurde ein dreieckiger Knochen mit dem „gefährlichen" Münzenfänger aus der Tiefe von ca. 28 cm von der oberen Zahnreihe aus der Speiseröhre entfernt. Im dritten Falle war es ein Hosenknopf, der tief oben in der Rima olfactoria bei einem 3 jährigen Knaben sass.

Kaczynski demonstrirt eine 26 jährige Frau mit einer mittelgrossen Struma. Die Luftröhre ist platt gedrückt und Patientin leidet infolgedessen an Athemnoth.

Sitzung vom 25. Januar 1912.

Vorsitzender: Meyerson.

Mesz stellt eine 59 jährige Patientin mit narbigen Verwachsungen des weichen Gaumens und der Choanen vor; vor 10 Jahren wurde dieselbe wegen Athembeschwerden vom Munde aus operirt, worauf mehrjährige Besserung eintrat. Seit etwa 4 Jahren Verschlimmerung der Athmung.

Erbrich demonstrirt: 1. einen Fall von skleromatöser Verengerung der Luftröhre. Die Kranke hat gleichzeitig dieselben Veränderungen in der Nase und im Nasenrachenraume; der Kehlkopf aber ist frei. E. operirte die Kranke tracheoskopisch. Die Kranke athmet jetzt gut, obwohl einige Reste in der Luftröhre zurückgeblieben sind.

2. eine abgebrochene Tracheotomiecanüle, die bei einem Patienten, welcher 12 Jahre lang die Canüle trug, plötzlich in den rechten Bronchus hineinschlüpfte und bronchoskopisch entfernt wurde.

3. einen Knochen, entfernt aus dem rechten Bronchus; derselbe verweilte daselbst einen Monat und konnte röntgenographisch nicht entdeckt werden. Trotzdem deutet die physikalische Untersuchung der Lungen auf die Anwesenheit eines Fremdkörpers in dem Bronchus, und die Bronchoskopie führte zur Entdeckung und Entfernung desselben.

4. eine Sonde mit Mandrin, die er durch das Oesophagoskop in Fällen von Verengerungen der Speiseröhre einführt behufs Erweiterung derselben.

In der Discussion hebt Sokolowski noch einmal die Wichtigkeit der Methode der Bronchoskopie bei Fremdkörpern hervor; früher endeten solche Fälle meistens letal. Für die Diagnose leistet oft die physikalische Untersuchung als Ergänzung der Röntgenuntersuchung gute Dienste.

Sitzung vom 29. Februar 1912.

Vorsitzender: Meyerson.

Eliasberg demonstrirt einen 19jährigen Kranken mit Lichen ruber planus der Haut und der Schleimhäute. Befallen sind die Lippen, die Zunge, die Regio sublingualis und die Wangen, wo sich sehr kleine Efflorescenzen, welche ein perlmutterglänzendes Netz bilden, befinden. In solchen Fällen wirkt Arsen nützlich.

Szumoto demonstrirt: 1. eine Kranke, die von Kindheit an an Eiterung aller Nasennebenhöhlen der rechten Seite leidet. Als sich Symptome einer Neuritis optica, und zwar mit Verminderung der Sehschärfe bis auf $^1/_4$, Vorstellung aller Gegenstände in schmutzig-grüner Farbe, einstellten, entschloss sich Szumoto zur Entfernung der Muschel und Ausräumung des Sinus ethmoidalis und sphenoidalis. Das Resultat ist sehr günstig. Die Sehschärfe ist gestiegen, die Eiterung sistirt.

2. einen 63jährigen Kranken mit beträchtlicher Vergrösserung der Glandula thyreoidea, die auf die vordere Wand der Luftröhre drückt und Störungen im Athmen bewirkt. In diesem Falle ist eine sofortige chirurgische Intervention indicirt.

Mesz hat von Röntgenbehandlung in einigen Fällen von Struma sehr gute Resultate gesehen. Doch spricht sich die Mehrzahl der Anwesenden gegen diese Methode aus.

Erbrich räth bei Strumen zur Tracheoskopie, um festzustellen, welcher Theil der Drüse vergrössert sei, um bei der Operation den Befund berücksichtigen zu können.

Sitzung vom 25. April 1912.

Vorsitzender: Meyerson.

Szumoto demonstrirt einen 16jährigen Knaben mit einem Fibroma nasopharyngeale. Der Junge war schon zweimal von Chirurgen durch den weichen Gaumen operirt, doch wächst die Neubildung nach, und jetzt verstopft sie gänzlich die Nase und blutet stark.

Nach zweimaliger Application der Elektrolyse verkleinerte sich die Geschwulst und das Athmen ist leichter geworden. Szumoto ist der Meinung, dass die Geschwulst in der Nase ihren Ursprung hat. In der Discussion betheiligten sich Lubliner, Meyerson und Oppenheim, die sich mit der Meinung Szumoto's über den Entstehungsort dieser Neubildungen nicht einigten; sie nehmen am häufigsten ihren Ursprung von der Fibro-cartilago basilaris.

Chorazycki erhielt in solchen Fällen von der radicalen chirurgischen Operation keine besseren Erfolge, als von der Operation durch die Nase oder Mund.



Mesz operirte einen solchen Kranken und fand den Ausgangspunkt in dem hinteren Theile des oberen Nasenganges.

Sokolowski demonstrirt: 1. einen 22 jährigen Kranken aus dem Bezirke Chelm mit grossen Infiltrationen am weichen Gaumen und Ulcerationen an demselben. Gleiche Veränderungen finden sich auch in der Nase bis ins Vestibulum, von der rechten Seite sogar auf die Oberlippe übergehend. Lues negirt, Wassermann negativ; Anamnese gibt keinen Anhalt für Tuberculose, Pirquet negativ; in den inneren Organen keine Veränderungen. Mikroskopische Untersuchungen der excidirten Stücke negativ. Also schwankt die Diagnose zwischen Rhinoscleroma und Lues.

Lubliner lenkt die Aufmerksamkeit auf die chronische Form des Malleus.

Meyerson bemerkt, dass die Ulcerationen am weichen Gaumen viel Aehnlichkeit mit tuberkulösen haben, da in der Umgebung sich weisse Pünktchen befinden, die miliaren Tuberkeln ähneln.

Chorazycki und Erbrich schliessen Tuberculose aus dem Grunde aus, weil der Kranke sich in einem verhältnismässig so guten Allgemeinzustande befand, welchen man nie bei so umfangreichen Zerstörungen findet.

Oppenheim ist der Meinung, dass es sich doch um Lues handle.

2. einen 42 jährigen Kranken mit einer Geschwulst in der Nase, die stark blutet und die Nasenathmung stört. Der harte Gaumen ist stark vorgewölbt. Wassermann unbestimmt. Trotzdem der Kranke Lues vor 20 Jahren zugesteht, muss der Fall als bösartige Geschwulst der Nase betrachtet werden.

Erbrich demonstrirt einen Kranken, dem vor $1^1/_2$ Jahren Jankowski den carcinomatösen Larynx exstirpirt hat. Er fühlt sich bis jetzt gut, kein Recidiv, aber seit kurzer Zeit verspürte der Kranke ein Kitzeln im Halse und bemerkte ein Bündel Haare im Munde, das er mit der Scheere abschnitt; sie sind 6 cm lang. Das Kitzeln dauert aber fort. Erbrich zeigt durch das Oesophagoskop in der Speiseröhre auf der Höhe von 18 cm von der Zahnreihe 2 Bündel schwarzer Haare. Zur Plastik nach der Operation wurde nämlich von Jankowski ein Hautstück mit dem Oesophagus vernäht, auf welchem jetzt Haare in das Lumen des Oesophagus hineinwachsen. v. Sokolowski.

---

f) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

78. Sitzung vom 6. December 1911.

Vorsitzender: Dr. Gottl. Kiär.
Schriftführer: Dr. Willaume-Jantzen.

1. Gottlieb Kiär: Etwas über adenoide Vegetationen.

Erwähnt einige Fälle, wo verschiedene Krämpfe nach Adenotomie schwanden.



Enuresis tritt, wie Grönbech und Mygind nachgewiesen haben, in vielen Fällen bei adenoiden Vegetationen auf und wird bei deren Entfernung geheilt.

Auch bei Scarlatina scheint die Rachentonsille eine Rolle zu spielen; die Infection scheint zuerst den Waldeyer'schen Schlundring zu ergreifen und nicht unwahrscheinlich ist, dass das Virus sich eben in der Rachentonsille am längsten hält. Gründliche Desinfection des Rachens, eventuell Entfernung der vergrösserten Rachentonsillen, ist deshalb zur Verhütung der Verbreitung der Infection von besonderer Bedeutung.

Discussion: Jörgen Möller.

2. Buhl: Fall von Syphilis cavi nasi.

3. Willaume-Jantzen demonstrirte eine transportable Durchleuchtungslampe, die durch ein Taschenelement gespeist werden kann.

79. Sitzung vom 7. Februar 1912.

Vorsitzender: Dr. Jörgen Möller.
Schriftführer: Dr. Willaume-Jantzen.

1. P. Tetens Hald: Ueber Unfälle bei Paraffininjectionen zur Correction von Nasendifformitäten.

Berichtet über einen vor $4^1/_2$ Jahren von einem anderen Arzte mit Paraffininjection behandelten Fall, in dem am Nasenrücken eine pflaumengrosse fluctuirende, blaurothe Schwellung entstanden war, die incidirt wurde; die blutgemischte, stark glitzernde Flüssigkeit enthielt zahlreiche Paraffinkrystalle, keine Mikroorganismen; nach Heilung der Wunde war das Aussehen der Nase viel besser als vorher.

2. Schousboe: Ein Fall von riesigem, otogenem Hirnabscess bei einem 10 Monate alten Kinde.

3. Schousboe: 2 Fälle von Augenerkrankungen wegen Nasennebenhöhlenleidens.

a) 7jähriger Knabe mit Schmerzen und Schwellung in der Orbitalgegend, etwas Exophthalmus; geringe Eiterung aus dem mittleren Nasengang. In der Tiefe einige Infiltration der medialen Orbitalwand; es wurde hier ein kleiner subperiostaler Abscess aufgefunden, der mit den Siebbeinzellen in Verbindung stand. Nach genügender Ausräumung Heilung.

b) 19jähriger Mann mit stark herabgesetzter Sehschärfe und reichlicher Secretion aus der Nase; in der rechten Kieferhöhle und den hinteren Siebbeinzellen eitrige Entzündung; nach Ausräumung beträchtliche Besserung der Sehschärfe.

4. P. Tetens Hald: Fall von luetischer Basilar-Meningitis ein Nebenhöhlenleiden mit secundären Augenerscheinungen vortäuschend.

41jähriger Mann mit Gesichtsfelddefect links und zeitweise auftretenden entsetzlichen Geruchserscheinungen; früher links Polypen entfernt; bei der Ope-



ration zeigten sich die Siebbeinzellen etwas verdächtig, Keilbeinhöhle gesund. Zustand unverändert; Wassermann positiv. Später traten andere Erscheinungen auf, die auf eine ausgedehnte luetische Encephalo-Meningitis deuteten. Durch energische antiluetische Behandlung erhebliche Besserung.

5. Schousboe: Fall von Corpus alienum oesophagi.

Zahnprothese ösophagoskopisch entfernt.

P. Tetens Hald: Man muss auch nach der Entfernung eines Fremdkörpers die Speiseröhre wieder untersuchen, es sind bisweilen mehrere da; H. hat bei einem Patienten eine Gräte entfernt, fand aber bei einer neuen Oesophagoskopie zwei weitere Gräten.

6. P. Tetens Hald: Grosser Calculus ductus Whartoniani, durch intrabuccale Operation entfernt.

Der maiskerngrosse Stein, der im Sulcus alveolo-lingualis hinter dem M. mylohyoideus lag, zeigte sich im Röntgenbild unterhalb des Kieferrandes.

7. Jörgen Möller: Beiträge zur Klinik der Tonperceptions-anomalien.

80. Sitzung vom 6. März 1912.

Vorsitzender: Dr. Jörgen Möller.
Schriftführer: Dr. Willaume-Jantzen.

1. E. Schmiegelow: Besteht bei den Drehstuhl-Versuchen für Patienten mit Hirnerkrankungen eine Gefahr?

2. E. Schmiegelow: „Parisernagel" durch directe Bronchoskopie aus der Lunge eines 5jährigen Kindes entfernt.

Das Kind hatte vor 6 Tagen einen 1 cm langen Nagel mit breitem Kopfe „verschluckt"; erst 4 Tage später Lungensymptome. Bei der in Chloroformnarkose ausgeführten Bronchoskopie fand man den Fremdköper 3 cm unterhalb der Bifurcation, den ganzen unteren Ast ausfüllend; er wurde bei dem zweiten Versuch entfernt.

3. E. Schmiegelow: Amyloid degenerirter Kehlkopfpolyp.

4. E. Schmiegelow: Congenitale Missbildung der Trachea und des Oesophagus.

Neugeborener Knabe mit natürlich gestaltetem Kehlkopf und Luftröhre, während der untere Theil der Speiseröhre in die Trachea mündet und das obere Ende derselben einen Blindsack bildet.

5. L. Mahler: Fall von aseptischer Sinusthrombose.

6. L. Mahler: Secundäre Hämorrhagie bei einer Angina phlegmonosa.

Am Tage nach der Incision eines peritonsillaren Abscesses starke Blutung, so dass Patient ins Hospital gebracht werden musste; die rechte Seite des weichen Gaumens stark vorgewölbt, nicht pulsirend. Die Blutung hört spontan auf.

Willaume-Jantzen hatte einen ähnlichen Fall gesehen.

7. L. Mahler: Larynxtuberculose mit Senkung aussen am Halse.

Zwei Fälle von Kehlkopftuberculose mit Perichondritis thyreoidea, in denen sich vor dem Kehlkopfe ein Abscess bildete, der eine Fistel direct über dem Jugulum hinterliess.

8. Strandberg; Bemerkungen über Lupus vulgaris linguae.

Der Zungenlupus ist in seinem Anfangsstadium schwer zu erkennen, die kleinen Knötchen fallen nur wenig auf, werden oftmals leichter gefühlt als gesehen; bisweilen findet man tiefe Fissuren. Unter den ersten 2000 Patienten des Finseninstitutes befanden sich 15 Fälle von Zungenlupus; die Zungenschleimhaut ist gewöhnlich diejenige der Schleimhäute der oberen Luftwege, die am letzten ergriffen wird. Die Behandlung war bisher fast immer vergebens, die jetzt angewendete Pfannenstill-Reyn'sche Behandlung scheint aber auch hier gute Resultate zu geben.

9. Vald. Klein demonstrirte eine Zange zum Fassen der Tonsillen bei der Tonsillektomie.

Jörgen Möller.

III. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

VII. Bericht (26. Juni 1912).

Das in unserem vorigen Bericht veröffentlichte Sectionsschema, gegen welches bisher Einwendungen in keiner Weise erhoben worden sind, lag, wie wir bereits meldeten, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Orth, Director des pathologischen Instituts der Universität Berlin, zur Begutachtung vor. Wir erlauben uns Herrn Geheimrath Orth auch an dieser Stelle für seine uns so werthvolle Mühewaltung unsern verbindlichsten Dank auszusprechen.

Das Sectionsschema wird nicht noch einmal abgedruckt. Wir bitten daher die Herren Collegen, die in ihren Händen befindlichen Exemplare sorgfältig aufzuheben. Eine beschränkte Anzahl derselben ist noch vorhanden und kann auf Wunsch an Interessenten versandt werden.

Herr Prof. Dr. P. Pieniazek (Krakau) theilt uns mit, dass er gemeinschaftlich mit Herrn Prof. Alexander Baurowicz und Herrn Prof. Franz Nowotny sich mit der Organisation der Sammelforschung in **Galizien** beschäftigt und demnächst Näheres bekannt geben wird.

In gleicher Weise haben sich in **Belgien** Herr Dr. J. Broeckaert (Gent) und Herr Dr. V. Delsaux (Brüssel) in die organisatorischen Arbeiten getheilt, so dass wir auch aus diesem Lande sehr bald weitere Nachrichten erwarten dürfen.

Herr Dr. Emil Mayer (New York) hat als „Chairman" des Comités für die **Vereinigten Staaten von Nord-Amerika** der American Laryngological Association[1]) und der American Laryngological, Rhinological and Otological Society Bericht erstattet über den Zweck und die Ziele der beabsichtigten Sammelforschung, sowie über die Art und Weise, in welcher deren Durchführung beabsichtigt ist. Dieser Bericht, der in seiner Klarheit, Uebersichtlichkeit und gedrängten Kürze wohl als mustergültig bezeichnet werden darf, liegt uns in der Abschrift vor. Beide genannten Gesellschaften fassten folgende Resolution: „That we unanimously endorse the investigation on Ozaena of the Third International Laryngological Congress and that we respectfully request the cooperation in the investigation of the Department of Public Health and Marine Hospital Service of the United States Government."

Es ist dem in unserem IV. Bericht bekannt gegebenen, aus acht Herren bestehenden Executivcomité gelungen, folgende Herren Collegen als Organisatoren für die einzelnen Staaten zu verpflichten:

1. Dr. J. H. Allen, Portland, Maine.
2. „ H. L. Swain, New Haven, Connecticut.
3. „ W. B. Johnson, Patterson, New Jersey.
4. „ C. B. Wood, Philadelphia, Pennsylvania.
5. „ C. W. Richardson, Washington, District of Columbia.
6. „ S. R. Rosenheim, Baltimore, Maryland.
7. „ D. A. Kuyk, Richmond, Virginia.
8. „ W. B. Goff, Clarksburg, West-Virginia.
9. „ Ho. H. Briggs, Asheville, North Carolina.
10. „ E. F. Parker, Charleston, South Carolina.
11. „ Dunbar Roy, Atlanta, Georgia.
12. „ Richmond McKinney, Memphis, Tennessee.
13. „ Otto Joachim, New Orleans, Louisiana.
14. „ J. O. McReynolds, Dallas, Texas.
15. „ H. B. Hitz, Milwaukee, Wisconsin.
16. „ W. L. Ballenger, Chicago, Illinois.
17. „ J. B. Barnhill, Indianopolis, Indiana.
18. „ H. B. Lemere, Omaha, Nebraska.
19. „ L. W. Dean, Jowa City, Jowa.
20. „ James E. Logan, Kansas City, Missouri.
21. „ Robert Levy, Denver, Colorado.
22. „ J. N. Ingersoll, Cleveland, Ohio.
23. „ B. R. Shurly, Detroit, Michigan.
24. „ J. B. Parsons, Sioux Falla, South Dakota.
25. „ A. M. Mac Whinnie, Seattle, Washington.
26. „ C. A. Thigpen, Montgomery, Alabama.
27. „ Hill Hastings, Los Angeles, California.
28. „ John McCoy, New York, New York.
29. „ John A. Donovan, Butte, Montana.
30. „ Frederic C. Cobb, Boston, Massachusetts.

In **Japan** haben die Herren Proff. Okada (Tokio) und Ino Kubo (Fukuoka) die Organisation definitiv übernommen und einen genaueren Bericht über die von ihnen getroffenen Maassnahmen in Aussicht gestellt.

In **Kleinasien** hat sich unter dem Vorsitz des Herrn Collegen Dr. Marcellos (Smyrna) ein Centralcomité gebildet, das sich aus folgenden in Smyrna wohnenden Herren zusammensetzt.

---

1) Gelegentlich des 34th Annual Congress dieser Gesellschaft. Atlantic City. May 11th 1912.

1. Dr. Mustafa Enver, Médecin en chef de l'hôpital civil Ottoman.
2. „ Ibrahim Ethem Bey, Maire de la ville de Smyrna.
3. „ Osman Soukri, Inspecteur sanitaire du villayette d'Aïdin.
4. „ M. Tsakyroglou, Médecin de l'hôpital Ottoman.
5. „ E. Maggiar, Médecin sanitair de France et Médecin des hôpitaux français et autrichiens.
6. „ A. Margulies, Médecin en chef de l'hôpital Israélitique.
7. „ M. Retotian, Médecin en chef de l'hôpital Arménien.

Dieses Comité hat für die Provinzen bisher folgende Herren als Organisatoren gewonnen:

1. Aïdin: Dr. Th. Sakellarides.
2. Magnesie: Dr. D. Tikmoglou.
3. Aïvaly: Dr. J. Apostolakis.
4. Insel Métélin: Dr. G. Valassides.
5. Insel Chios: Dr. Koundouras.
6. Insel Samos: Dr. Joannides.
7. Sokia: Dr. N. Ikonomides.
8. Axar: Dr. D. Mauromatis.

Auch in der **Türkei** hat sich bereits ein Centralcomité gebildet, bestehend aus folgenden Herren:

1. Dr. Zia Noury, Prof. de clinique d'oto-laryngologie à la Faculté de Médecine. Djagal-Oglou, Stamboul.
2. „ Ananian, Prof. honoraire. Rue Baghtché Kapou, Stamboul.
3. „ F. Fetiadis, Spécialiste à l'hôpital français etc. Rue Agha-Hamam, Péra.
4. „ N. Taptas, Spécialiste à l'hôpital des enfants etc. Rue Télégraphe, Péra.
5. „ Bahri Ismet, Chargé de cours oto-laryngologique à la clinique d'application de Gulhané pour les médecins militaires. Rue Baab-Aali, Stamboul.
6. „ Riza Servet, Médecin en chef de l'hôpital Djerrah-Pacha. Stamboul.
7. „ Hamdi, Prof. d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine. Haidar Pacha.
8. „ Saïm, Chef de laboratoire d'Anat. patholog. à la Faculté. Haidar Pacha.
9. „ Server Kiamil, Chef de laboratoire de bactériologie à la Faculté. Haidar Pacha.
10. Mahmed Rachid, Médecin-major, spécialiste de l'hôpital central de la Marine.
11. Dr. Atif, Méd.-major à l'hôp. Ghumuche-Souyou.
12. „ Sani Yaver, Médecin aide-major, spéc. de l'hôp. milit. de Haidar Pacha.
13. „ Ihia Salih, Spéc. de l'hôp. Gouraba. Djagal-Oglou, Stamboul.
14. „ Haidar Ibrahim, Chef de clin. d'oto-laryng. de la Faculté. Haidar Pacha,
15. P. Papanikolâou, Oto-laryngologue. Impasse Panaghia 6, Péra.

In **Frankreich** liegt die Organisation der „Enquête Collective Internationale sur l'Ozène" in Händen des Herrn Dr. Mahu. Nachdem derselbe sich, wie wir in unserem vorigen Berichte mittheilten, des Interesses der Mitglieder der Société Française d'Oto - Rhino - Laryngologie vergewissert hatte, veranlasste er Herrn Dr. Lombard (Oto-Rhino-Laryngoliste des Hôpitaux de Paris) und Herrn Prof. Sieur (Prof. à l'Ecole Militaire de Santé du Val-de-Grâce) mit ihm gemeinsam ein Centralcomité zu bilden, welches Herrn Dr. Robert Foy zum Generalsekretär wählte. Diesem geschäftsführenden Comité stellten sich von den Pariser Oto-Rhino-Laryngologen sogleich zur Verfügung die Herren DDr. Boulay, Bourgeois, Castex, Chatellier, Helme, Lermoyez, Luc, Lubet-Barbon, sowie Dr. Depiessis als Schriftführer der Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie und Dr. Veillard als Schriftführer der Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris. Als Ehrenmitglieder traten diesem Pariser Comité bei die Herren:

1. Prof. Landouzy, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Academie de Médecine.
2. „ Bar, Membre de l'Académie de Médecine.
3. „ Hutinel, Membre de l'Académie de Médecine.
4. Dr. Charasse, Médecin Inspecteur général de l'Armée.
5. „ Bertrand, Médecin Inspecteur général de la Marine.
6. „ Vallée, Directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.
7. „ L. Martin, Directeur de l'Hôpital de l'Institut Pasteur.

Mit der Organisation der Sammelforschung in den einzelnen Departements wurden beauftragt:

1. Dr. Bonain (Brest).
2. „ Frémont (Caen).
3. Prof. Gaudier (Lille).
4. „ Jacques (Nancy).
5. Dr. Lannois (Lyon).
6. „ Molinié (Marseille).
7. Prof. Moure (Bordeaux).
8. Dr. Texier (Nantes).
9. Dr. Vacher (Orléans).

Auch in den französischen Colonien ist die Organisation bereits im Gange. Die Namen der diesbezüglichen Herren können erst später mitgetheilt werden, da ihre Antworten noch nicht vollzählig eingetroffen sind.

In **Spanien** hat sich unter dem Vorsitz von Dr. C. Compaired ein Landescomité gebildet, bestehend aus den Herren DDr. J. Garcia Illure, J. Rodriguez Mata, P. Zuniga, sämmtlich in Madrid, und Santiuste in Santander.

In **Schweden** fungiren als Centralcomité die Herren DDr. Gunnar Holmgren, E. Stangenberg und Nils Arnoldson. Dieselben haben für die Organisation gewonnen:

1. In Gothenburg: Dr. Kruse.
2. In Malmö: Dr. Alfelt.
3. In Karlskrona: Dr. Lundberg.
4. In Lund: Dr. Töme.
5. In Upsala: Dr. Bratt.
6. In Gefle: Dr. Finemann.
7. In Oerebro: Dr. Charlier.

Aus **Württemberg** erfahren wir, dass das geschäftsführende Comité in Stuttgart gebildet wird durch die Herren:

1. Dr. Bock, Stuttgart, Schellingstr. 4.
2. „ Krieg, Geh. Hofrath, „ Königstr. 53.
3. „ E. Müller, „ Reinsburgstr. 6.
4. „ Raiser, „ Königstr. 3.
5. „ Rau, „ Reinsburgstr. 6.
6. Prof. Dr. Gastpar, Stadtarzt, „ Weimarstr. 30.

Die Organisation in den einzelnen Kreisen des Königreichs Württemberg haben übernommen

für den Neckarkreis: Herr Dr. Otto Betz in Heilbronn,
„ „ Jagstkreis: „ „ Jetter in Schw. Gmünd,
„ „ Donaukreis: „ „ Engelhard in Ulm.

Für den Schwarzwaldkreis wird voraussichtlich einer der Stuttgarter Herren Collegen die Vertretung übernehmen.

In **Pommern** hat sich unter dem Vorsitz des Herrn Prof. Lange ein Landescomité gebildet, dem folgende Herren angehören:

1. Dr. K. Lübbers, Greifswald, Bahnhofstr. 18.
2. „ Sagebiel, Stettin, Berliner Thor 1.
3. „ Klugkist, Stolp i. Pomm.
4. Oberstabsarzt Dr. Glatzel, Colberg.
5. Dr. Moser, Cöslin.
6. „ W. Cropp, Stargard i. Pomm.
7. „ Karrer, Stralsund.

Im **Regierungsbezirk Potsdam** (Provinz Brandenburg) ist Herr Sanitätsrath Dr. Kessner gemeinsam mit Herrn Dr. Scholwe zur Zeit mit der Durchführung der Organisation beschäftigt.

Ausserdem erfahren wir, dass das in unserem V. Bericht bekannt gegebene geschäftsführende Comité in **Italien** eifrig bei der Arbeit ist. Wenn wir auch noch nicht in der Lage sind, eine Liste der Organisatoren in den einzelnen Provinzen Italiens zu veröffentlichen, so können wir doch mittheilen, dass Herr Prof. Gradenigo im Archivio italiano d'Otologia, Rinologia e Laringologia einen orientierenden Artikel über die Sammelforschung veröffentlicht und überdies eine italienische Uebersetzung des Fragebogens angefertigt hat, welche uns im Druck vorliegt.

Vergleichen wir diesen Bericht mit den früheren, so ergiebt sich, dass die Arbeiten für die Organisation der Sammelforschung fast überall im Gange, theilweise sogar schon weit vorgeschritten sind.

Die wenigen Herren, deren Berichte noch ausstehen, bitten wir an dieser Stelle nochmals um möglichst baldige Zusendung derselben.

Diejenigen Herren, welche die Verhandlungen mit den staatlichen, städtischen und privaten Behörden noch nicht eingeleitet haben sollten, werden dies nunmehr zweckmässig so bald wie möglich thun müssen, da erfahrungsgemäss die definitive Antwort dieser Behörden recht lange auf sich warten lässt.

Des Weiteren bitten wir die Herren Organisatoren, uns, soweit dies nicht schon geschehen sein sollte, gütigst mittheilen zu wollen, wieviel Exemplare der Drucksachen sie in Zukunft zugeschickt haben wollen.

Zählformulare und Fragebogen sind nunmehr im Druck erschienen, erstere in einer ersten Auflage von 30000, letztere in einer solchen von 8000 Exemplaren. Dieselben sind gegen vorherige Einsendung des Betrages von der **Buchdruckerei Leonhard Simion Nf., Berlin SW.48 Wilhelmstr. 121,** direct zu beziehen. Der Preis stellt sich folgendermaassen [1]):

Zählformulare.			Fragebogen.		
bis zu 50	Stück	1,— M.	bis zu 25	Stück	1,20 M.
von 51—100	„	1,55 „	von 26—50	„	2,05 „
„ 101—200	„	2,75 „	„ 51—100	„	3,35 „
„ 201—300	„	3,75 „	„ 101—200	„	5,95 „
„ 301—400	„	4,75 „			
„ 401—500	„	5,75 „			

Der Sommerferien wegen werden wir den nächsten Bericht erst in der Septembernummer dieses Centralblatts erscheinen lassen. Das Berliner Comité waltet jedoch auch während der Ferien seines Amtes und ist nach wie vor stets zu jeder gewünschten Auskunft bereit.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Rosenberg, Berlin W. 15, Joachimsthaler Strasse 12.
Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.
Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

Verein Deutscher Laryngologen.

Die neunzehnte Versammlung des Vereins tagte am 24. und 25. Mai in Hannover. Aus der den wissenschaftlichen Verhandlungen vorangehenden geschäftlichen Sitzung seien folgende Beschlüsse hervorgehoben:

In das Deutsche Reichscomité für den XV. Internationalen medicinischen Congress wurde als Vertreter des Vereins Seifert gewählt.

Als Vertreter des Vereins in das Internationale Comité für die Laryngo-Rhinologen-Congresse wurde Heymann gewählt.

Ein von Friedrich, Blumenfeld und Anderen eingereichter und von Friedrich in einem eingehenden Referat begründeter Antrag: „Der Verein Deut-

---

1) Die Preise sind berechnet incl. Porto und Verpackung und haben Gültigkeit innerhalb Deutschlands, nach den deutschen Schutzgebieten, Luxemburg, Oesterreich-Ungarn mit Bosnien, Herzegowina und Liechtenstein.



scher Laryngologen möge bei den Behörden und zuständigen Verwaltungen Schritte dahin thun, dass bei der Bekämpfung der Tuberculose die Therapie der oberen Luftwege mehr Beachtung finde als bisher" wurde einstimmig angenommen.

Zum Vorsitzenden für 1913 wurde Siebenmann, zu seinem Stellvertreter Spiess gewählt, als Ort für die nächste Tagung wurde Stuttgart bestimmt.

Einer Anregung Spiess' folgend wurde beschlossen, anzuregen, dass Material gesammelt würde zu der Frage von der „positiven Wassermann'schen Reaction bei malignen Geschwüren". Mit einem Referat über diese Frage für die nächste Tagung wurde Spiess betraut.

Wir werden um Aufnahme folgender Zuschrift ersucht:

Die **Deutsche Otologische Gesellschaft** hat in ihrer 21. Versammlung in Hannover zur Bearbeitung des Themas: „Die gewerblichen Krankheiten des Ohres" eine Commission von drei Mitgliedern gewählt, bestehend aus den Herren: Prof. Dr. Wittmaack, Jena, Prof. Dr. Voss, Frankfurt a. M., Dr. A. Peyser, Berlin, und diese zugleich als Referenten für den „III. Internationalen Congress für Gewerbekrankheiten" 1914 in Wien bestimmt. Die Commission richtet an die deutschen Aerzte die Bitte um Mitarbeit und Einsendung von Material, und zwar bearbeitet „Experimentelles" und „Pathologische Anatomie" Herr Prof. Dr. Wittmaack, Jena, „Betriebsschädlichkeiten" und „Klinische Beobachtungen" Herr Prof. Dr. Voss, Frankfurt a. M., Rüsterstr. 4, „Morbiditätsstatistik", „Vorbeugung und Schutz", „Socialversicherung" Herr Dr. A. Peyser, Berlin-Charlottenburg, Grolmanstr. 42/43.

Positiver Wassermann bei malignen Geschwülsten.

Herr Prof. G. Spiess (Frankfurt a. M. Hals- und Nasenklinik am städtischen Krankenhaus Frankfurt a. M.-Sachsenhausen), der vom Verein Deutscher Laryngologen mit einem Referat über obige Frage betraut worden ist, ersucht die Herren Collegen, ihm einschlägiges Material gefälligst zur Verfügung stellen zu wollen.

Spende für eine Laryngologische Klinik in Saratow.

Prof. Simanowski in Petersburg hat, wie wir der Tagespresse entnehmen, der erst seit einigen Jahren bestehenden Universität Saratow für die Errichtung einer Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 100000 Rbl. gespendet.

Personalnachrichten.

Prof. Onodi in Budapest feiert das Jubiläum seiner 25jährigen Docententhätigkeit. Aus diesem Anlass ist das 5. Heft der Monatsschrift für Ohrenheilkunde als Festschrift erschienen, zu der Schüler und Freunde des unermüdlichen Forschers werthvolle Beiträge geliefert haben.

Herrn Dr. Richard Hoffmann, Dresden, dirigirendem Arzte an der Hals-, Nasen- und Ohrenabtheilung des städtischen Krankenhauses Dresden-Johannisstadt, ist der Professortitel verliehen worden.

Privatdocent Dr. Uffenorde, Göttingen, hat den Professortitel erhalten.

Privatdocent Dr. Morelli, Ordinarius der I. Abtheilung für Laryngologie am Rochusspital in Budapest hat den Titel eines kgl. ungarischen Hofraths erhalten.

Dr. Knick hat sich in Leipzig für Oto-Laryngologie habilitirt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, August. 1912. No. 8.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **E. Delneuville** (Spa). **Die Behandlung der oberen Luftwege mit den physicalischen Heilmethoden. (Le traitement des affections des voies respiratoires supérieures par les méthodes physiques.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 12. 1911.*

Vortrag auf der Brüsseler Weltausstellung.

Die Arbeit hat den Zweck, die Aufmerksamkeit auf die Hülfsquellen zu lenken, welche uns die physikalischen Heilmethoden für die Otorhinolaryngologie liefern.

PARMENTIER.

2) **A. Heindl** (Wien). **Ueber die zweckmässigste und schonungvollste Behandlung von Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Aerztl. Reformztg. No. 8. 1912.*

Empfehlung der Mentholpräparate, speciell des Coryfin und des Cycloform. Die beiden letzteren Präparate werden von der Firma Bayer & Co. in Elberfeld hergestellt.

HANSZEL.

3) **V. Delsaux. Erörterung der Arbeitsunfälle und Gewerbekrankheiten, welche das Ohr, die Nase und den Hals betreffen. (Interprétation des accidents du travail et des maladies professionnelles intéressant l'oreille, le nez et la gorge.)** *La Presse otolaryngol. belge. No. 3, 4 et 5. 1911.*

Dieselbe Arbeit, über welche anderweitig hier im Referat über die Februarsitzung 1911 der belgischen Gesellschaft für Otologie, Laryngologie und Rhinologie berichtet wurde.

PARMENTIER.

4) **Arthur Alexander. Die Anwendung der Elektricität in der Rhino-Laryngologie.** *Handbuch d. ges. med. Anwendung d. Elektricität. Leipzig 1911.*

Arthur Alexander hat in dem „Handbuch der gesammten medicinischen Anwendungen der Elektricität" die Anwendung der Elektricität in der Rhino-

Laryngologie bearbeitet. Zuerst zeigt er in einer Einleitung die historische Entwicklung, welche die Elektrotherapie in der Laryngo-Rhinologie genommen hat. Dann bespricht er das Instrumentarium und giebt gute Rathschläge für die Beschaffung des Nothwendigen. Die elektrische Behandlung kommt bei vielen Affectionen der oberen Luftwege zu ihrem Rechte; besonders gute Dienste sah der Verf. bei folgenden Affectionen: bei organischen und functionellen Lähmungen und Schwächezuständen der Stimm- und Athmungsapparate, bei hyper- und parakinetischen Mobilitätsstörungen, wie Kehlkopfhusten, Glottiskrampf, bei Neuralgien, und Hyperästhesien, beim Bronchialasthma, sowie bei Geruchs- und Geschmacksstörungen.

Die Elektrotherapie wird von vielen Fachcollegen nur als eine Art von Suggestionsmethode angesehen; Referent glaubt mit dem Verf., dass man mit dieser Schätzung ihr doch nicht ganz gerecht wird. Zweifelsohne wirkt sie sehr häufig nur psychisch. Aber die Effecte, die man durch sie bei sorgsamer Beobachtung aller Factoren erzielen kann, zeigen doch, dass sie wohl eine weitgehendere Beachtung verdient und deshalb war es ein verdienstvolles Werk, dass alles auf diesem Gebiete Wissenswerthe einmal in handlicher Form zusammengestellt wurde.

A. KUTTNER.

5) **Peyser** (Berlin). **Der Stand unserer Kenntnisse von den Ohren-, Nasen- und Halsleiden im Säuglingsalter.** *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 10. 1912.*

Eine wirksame Therapie der Otitis, mit welcher sich Verf. in seinem Vortrage hauptsächlich beschäftigt, muss Hand in Hand gehen mit einer solchen der zu Grunde liegenden Nasen- und Rachenleiden. Vor Allem fallen Verhütung von Schnupfen, Mittelohrentzündung, Entzündungen der tieferen Luftwege geradezu zusammen.

SEIFERT.

6) **Otto Seifert. Ueber Betheiligung der Schleimhäute bei der Darier'schen Krankheit.** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Für die Rhinologen, die in der Dermatologie nicht bewandert sind, sei bemerkt, dass von der Psorospermosis follicularis vegetans die Rede ist. Gelegentlich eines Falles von Betheiligung der Mundschleimhaut an dem Hautleiden hat Verf. die Literatur diesbezüglich untersucht und die durchforschte Literatur mitveröffentlicht.

LAUTMANN.

7) **Arthur Thost** (Hamburg-Eppendorf). **Der chronische Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Verf. sondert aus der grossen Menge von Pemphigusarten eine ganz bestimmte Form ab, die sich durch folgende Merkmale charakterisirt:

1. Ausschliessliche Betheiligung der Schleimhäute und völliges Freibleiben der Hautdecken, mit nur ganz ausnahmsweisem Uebergreifen von der Schleimhaut auf die an dieselbe ganz direkt angrenzenden Hautbezirke.

2. Ganz regelmässige Mitbetheiligung der Bindehaut des Auges, die zu essentieller Schrumpfung derselben und später zu Phthisis bulbi führt.

3. Nie fehlende Neigung zu Verwachsungen aneinander grenzender Schleimhautpartien und zu Schrumpfung der tieferen Schleimhautschichten.

4. Chronischer fieberloser Verlauf.

5. Gleichzeitig bestehende allgemeine Kachexie und schlechte Ernährung der Haut, dürftige Entwicklung der Muskulatur.

6. Absolut unbeeinflussbares Verhalten gegen jedes Medicament, speciell gegen Jod und Hg. Wassermann negativ.

Im Anschluss an die Aufstellung der Begriffsbestimmung werden 4 eigene einschlägige Fälle und andere Fälle aus der Literatur eingehend erörtert. (Ref. hat einen Fall längere Zeit hindurch beobachtet, bei dem sämmtliche Characteristica vorhanden waren mit Ausnahme von Punkt 5. Trotz jahrelanger ausgedehnter Schleimhauterkrankung, die zu völliger Erblindung geführt hatte, befand sich der Patient, ein älterer Mann, in gutem Ernährungszustande.)

W. SOBERNHEIM.

8) **Riehl** (Wien). **Erythem in Folge Eucalyptusbonbons.** Wiener dermatologische Gesellschaft, Sitzung vom 17. Januar 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1912.*

Nach dem Genusse von 20 Eucalyptuszeltchen wegen seines Hustens bekam Pat. ein toxisches Erythem, das durch seine eigenthümliche klinische Form an den direkten Zusammenhang mit dem Eucalyptusöl, welches ja den Balsamicis, wie Copaivabalsam, Santal usw. nahesteht, denken lassen muss.

O. CHIARI.

9) **J. Broeckaert. Ein Fall spontaner Heilung eines malignen Tumors.** *Zeitschrift f. Lar., Rhin. Bd. 5. S. 51. 1912.*

Es handelt sich um denselben Fall, über den Verf. in der 21. Jahresversammlung der Belgischen Laryngologischen Gesellschaft 1911 gesprochen hat. Das Referat befindet sich in dieser Zeitschrift Bd. 27. S. 515. 1911, welchem Folgendes beizufügen ist: Es ist ein Recidiv eingetreten an der Basis der Zunge und über dem linken Stimmband und wird deshalb Pat. jetzt radical operirt werden. 3 mikroskopische Bilder des Tumors (Cylindrom) sind der Arbeit beigefügt.

OPPIKOFER.

10) **Vinzenz Czerny** und **Albert Caan. Ueber die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium X.** *Mit 8 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1912.*

Autoren geben einen Ueberblick über die seit 6 Monaten im Heidelberger Samariterhaus mit obigen Mitteln behandelten malignen Tumoren unter Einbeziehung des Hautlupus und berichten in ihrer kritischen Studie auch über einige Fälle von Gesichtslupus, Oesophaguscarcinomen — für deren Behandlung sie ein Instrument construirten, „welches die Einführung und das Liegenbleiben (bis zu 2 Stunden!) eines 20 mg Mesothorium enthaltenden, von einem Celluloidmantel umgebenen Silberröhrchens an der gewünschten Stelle gestattete“ —, Zungencarcinomen und -sarkomen, Orbitalsarkomen, eines inoperablen Larynxcarcinomes etc. und kommen — ohne bereits heute ein abschliessendes Urtheil fällen zu können — zu dem Schluss, „dass das Mesothorium dem Radium mindestens ebenbürtig, ja, dass es bei der Behandlung oberflächlich gelegener Tumoren demselben sogar überlegen sein dürfte. Die Casuistik ergiebt in ca. 40—50 pCt. der Fälle eine

günstige Beeinflussung der Tumoren durch das Mesothorium bzw. des Thorium X, welche zwar manchmal recht gering, aber immerhin erwähnenswerth erscheint. Dabei ist nicht zu vergessen, dass es fast ohne Ausnahme weit vorgeschrittene Fälle waren, bei denen von vornherein höchstens eine geringe Besserung, aber keine Heilung erwartet werden konnte. Vervollkommnung der Apparatur und Technik werden auch hier eine günstige weitere Entwicklung dieser erfolgversprechenden neuen Behandlungsmethode herbeiführen". Bezüglich weiterer Details und Technik sei auf das Original verwiesen. Eine genauere Beschreibung der gesammten Apparatur wird in einer demnächst in der Zeitschrift „Radium in Biologie und Therapie" erscheinenden Arbeit „Ueber die Technik der Radiumbehandlung maligner Tumoren im Samariterhaus" gegeben werden. HECHT.

11) **Hübner** (Stettin). **Notizen über die Anwendung des Anästhesin.** *Therapeut. Monatshefte. Februar 1912.*

Anästhesin wird in Verbindung mit krystallisirtem Jodol zu gleichen Theilen und 1 pCt. Menthol dreimal täglich in den Larynx geblasen, als Schmerzlinderungsmittel bei der Dysphagie der tuberculösen Larynxprocesse empfohlen und als Heilmittel bei Geschwüren in der Verbindung mit Jodol. W. SOBERNHEIM.

12) **D. Kulenkampf** (Zwickau). **Ueber den Chloräthylrausch.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1911.*

Ein Hinweis auf diese Mittheilung dürfte auch an dieser Stelle berechtigt sein, weil der Chloräthylrausch für die Ausführung kurzdauernder rhinologischer Operationen (z. B. der Adenoidoperation) vortrefflich geeignet ist und vor dem Aetherrausch manche Vorzüge hat. ZARNIKO.

13) **Max Kappis** (Kiel). **Ueber Leitungsanästhesie an Bauch, Brust, Arm und Hals durch Injection an's Foramen intervertebrale.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1912.*

Aus der chirurgischen Klinik Anschütz' in Kiel berichtet Verf. über die erfolgreiche Anwendung obigen Verfahrens. Da sich diese Methode am Hals auf einseitige Operationen beschränkt, ist sie für Strumektomien, Larynxexstirpationen etc. nicht anwendbar; hier ist man auf die locale Anästhesie angewiesen, die technisch richtig ausgeführt, vorzügliche Resultate erreicht. Dagegen gelang diese Leitungsanästhesie bei entsprechenden Operationen (Kleinhirntrepanation, Oesophagusdivertikel) am Lebenden gleich bei den ersten Operationen völlig.

Betreffs Details — Topographie und Technik finden in der Arbeit eingehende Besprechung — sei auf das Original verwiesen. HECHT.

14) **Charles A. Elsberg. Erfahrungen über Thoraxchirurgie unter Anästhesie mittels endotrachealer Insufflation von Luft und Aether. (Experiences in thoracic surgery under anesthesia by the endotracheal insufflation of air and ether.)** *Annals of surgery. December 1911.*

Verf. theilt mit, dass am Mount Sinai-Hospital ungefähr 200 Patienten mittels endotrachealer Insufflation narkotisirt wurden und dass sich diese Methode

bei einer grossen Anzahl von Operationen als sehr werthvoll erwies. In fast allen Fällen war die Narkose zufriedenstellend und ohne jede Complicationen und Nachwirkungen. Nach Beendigung der Operation wachen die Patienten sehr schnell auf, besonders wenn man noch einige Minuten reine Luft insufflirt. Niemals wurden irgendwelche Lungencomplicationen beobachtet.

EMIL MAYER.

15) **Josef Fleischer** (Prag). **Zur Pantopon-Skopolaminnarkose.** Aus der deutschen oto-rhinologischen Klinik in Prag. *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Autor berichtet über 60 Operationen, die sich grösstentheils auf Ohroperationen beziehen und bei denen Pantopon-Skopolamin in Combination mit Billrothmischung zur Narkose verwendet wurde — der jüngste Patient war 10 Jahre alt —, erörtert an der Hand einiger citirter Fälle die individuelle Dosirung, die Möglichkeit etwaiger Complicationen und deren Verhütung und kommt zusammenfassend zu dem Schluss, „dass auch in der Oto- und Rhinochirurgie diese Narkose in Verbindung mit der Aether-Chloroform-Inhalationsnarkose mit Vortheil angewendet werden kann und direkt zu empfehlen ist. Sie hat mit wenigen Ausnahmen keine Contraindicationen, wenn man sich daran hält, die Dosis individuell zu bemessen. Bei Alkoholikern und bei Patienten, bei denen die Meningen verändert sind, ist eine vorsichtige Dosirung angezeigt.“

HECHT.

16) **Buys** (Brüssel). **Modification am Kuhn'schen Intubationsapparat. (Modification à l'appareil à intubation de Kuhn.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 40. 1911.*

Ersetzen des soliden Mandrins durch einen hohlen, der gestattet, das Trachealgeräusch zu vernehmen von dem Augenblick an, wo der Apparat sich in der richtigen Lage befindet.

PARMENTIER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) **Maffei. Abscess des Vorderlappens des Hirns mit spontanem Durchbruch durch die Nase. (Absces van de voorhoofdskwab der hersenen met spontane doorbraak door den neus.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 2302. 1910.*

Voriges Jahr tritt bei einem bis dahin gesunden, 19jährigen Mädchen plötzlich Herabsetzung des Gesichtsvermögens ein. Man findet nichts als eine Hypermetropie. Dann hört die Menstruation auf. Einige Monate vergehen ohne andere Symptome. Dann treten Anfälle von Erbrechen und heftigen Kopfschmerzen auf, welche sich seitdem öfters wiederholen. Das Sehvermögen nimmt ab und es wird beginnende Neuroretinitis festgestellt. Sämmtliche Erscheinungen nehmen zu. Lumbalflüssigkeit normal. Intellect intact, nur eine gewisse Unlust nebst einer geringen Gedunsenheit im Gesicht, welche an Myxödem erinnert. Sehnervenatrophie und Fehlen des Pupillarreflexes; sonst keine Störungen im Bereich der Gehirnnerven. Kniereflexe aufgehoben; Hautreflexe geringgradig. Kein Fieber. Schwindel. Drei Monate nach der Constatirung der Neuroretinitis wieder eine heftige Krisis mit Schmerzen in der Nackengegend; dabei jetzt Temperaturerhöhung. Neun Tage später beginnt die Agone: Asphyxie; aus dem linken

Nasenloch entleert sich zuerst ein wenig Blut, dann eine Fluth Eiter, welche den Hals gänzlich ausfüllt und den Erstickungstod herbeiführt. Keine Obduction.

Die undeutlichen Erscheinungen hatten es nicht erlaubt, den Sitz der Erkrankung entweder im Frontallappen oder im Kleinhirn festzustellen, ja man war mehr geneigt gewesen, am Kleinhirn zu operiren.

H. BURGER.

18) **Manasse** (Strassburg i. E.). **Ueber rhinogene traumatische Meningoencephalitis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. 1911.*

Die Patientin, ein 16jähriges Mädchen, stiess sich durch einen unglücklichen Zufall eine Stricknadel in die linke Nase und, wie sich später herausstellte, durch die Siebplatte ins Gehirn. Am dritten Tage in die Strassburger Klinik aufgenommen und sofort operirt: Eröffnung der Stirnhöhle, Ausräumung des Siebbeins, Entfernung der Lamina cribrosa, so dass die Dura in weitem Umfange freilag. Spaltung der Dura. Dränage. Unter mehrmaliger Lumbalpunction und Abzapfung entzündlichen Exsudats Besserung. Nach 3 Wochen Eröffnung eines grossen Frontallappenabscesses. Im Eiter Diplococcus lanceolatus. Danach schnelle Heilung.

ZARNIKO.

19) **Manasse** (Strassburg i. E.). **Fall von rhinogener, traumatischer Meningoencephalitis.** *Med. Klinik. No. 37. 1911.*

Ist identisch mit dem im vorhergehenden Referat behandelten Fall.

SEIFERT.

20) **J. A. Stucky. Bericht über drei ungewöhnliche Fälle, die für den allgemeinen Praktiker und den Oto-Rhinologen von Interesse sind. (Report of three unusual cases of interest to the general Practitioner and Oto-Rhinologist.)** *American practitioner and news. Januar 1911.*

Verf. berichtet über einen Fall von Meningitis nach chronischem Siebbein- und Stirnhöhlenempyem; Heilung durch Operation, Daran anschliessend Typhus.

EMIL MAYER.

21) **Costres. Beobachtungen über Fliegennarven in der Nase; Heilung durch Jodoforminsufflationen. (Observaciones de miasis nasal curados por les polverizaciones de iodoformo.)** *Archivos del hospital rosales. America Central. Mai 1909.*

Die Myiasis der Nasenhöhle ist charakterisirt durch Kopfschmerzen mit Fieber, Nasenbluten, mehr oder minder fötiden Ausfluss mit Ausschnauben der Fliegenlarven. Die gebräuchliche Behandlungsmethode besteht in Ausspülungen mit Kalipermanganatlösung oder Chloroformwasser. Verf. zieht aber Insufflationen von Jodoformpulver vor, die rasch zur Heilung führen.

TAPIA.

22) **Barranel** (Lausanne). **Zwei Beobachtungen von Nasensteinen. (Deux observations de rhinolithes.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 8. 1911.*

Ein stark incrustirter Kirschkern bei einer Dame und beginnende Kalkincrustation eines Knopfes von einem Kinderstiefelchen bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen, machten starke Erscheinungen von übelriechender Coryza. Bei der Dame

wurde endoskopisch durch Verdunklung eine Sinusitis maxillaris vorgetäuscht, wie sich unmittelbar nach der Extraction des Fremdkörpers durch Aufhellung der dunklen Stelle herausstellte.

Verf. betont die relative Seltenheit der Rhinolithen, es gebe nur 160 Publicationen. Die grosse Mehrzahl der Fälle werde durch Kirschkerne hervorgerufen. Sie sind selten vor dem 10. Lebensjahre, weil der Kalk sich in jüngeren Jahren in der Nase nicht niederschlägt. Alle Rhinolithen sind secundäre Gebilde um irgend einen festen Körper herum, der Anregung zu Niederschlägen von kohlen- und phosphorsauren Kalk und Magnesia gebe.

Bezüglich der Seltenheit ist zu bemerken, dass gewiss viele Fälle nicht veröffentlicht werden. Ref. hat in seiner Sammlung ein schönes Exemplar von Kirschkernrhinolith, den er bei einem ca. 45jährigen Herrn naeh hinten stossen und im Rachen auffangen musste und einen schwach incrustirten Nagel, den er leicht extrahiren konnte; Fälle, die er nie veröffentlicht hat.

JONQUIÈRE.

23) **De Watripont. Fractur der Nase mit Augen- und Ohrcomplicationen. (Fracture du nez avec complications oculaires et otiques.)** *Bullet. de l'assoc. méd. belge des accid. du travail. Tome VIII. No. 7.*

Fractur der Nase, Arbeitsunfall, complicirt durch verschiedene für die Zukunft bedrohliche Läsionen der Nachbarschaft, die eine permanente partielle Invalidität befürchten liessen.

Zur Zeit ist in Belgien noch in keinem juridischen Falle ein Entschädigungssatz für diese Art Verletzungen festgestellt worden.

PARMENTIER.

24) **J. Trémolières. Die Nasenbrüche und ihre Behandlung. (Fractures du nez et leur traitement.)** *Dissert. Toulouse 1910.*

Bei den frischen Nasenbrüchen genügt meist ein unblutiges Aufrichten vom Naseninnern her und sind Stützapparate nicht nothwendig.

OPPIKOFER.

25) **Mc M. Officer. Deviation der Nasenscheidewand. (Deviation of the nasal septum.)** *Australian med. journ. 12. August 1911.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf das Vorkommen von Septumdeviationen bei Kindern. Solche Kinder werden oft 2—3mal an Adenoiden operirt, ohne dass Besserung eintritt, bis dann eine Septumoperation zum Ziele führt. Die submuköse Resection kommt vor Allem in Betracht; oft kann sie aber bei Kindern nicht ausgeführt werden, in welchem Falle dann die Ash'sche Operation dafür eintritt. Verf. schneidet einen möglichst weit nach oben und unten reichenden viereckigen oder halbmondförmigen Schleimhaut-Perichondriumlappen und schlägt ihn nach hinten. Dann macht er einen doppelten halbmondförmigen Schnitt in den Knorpel. Bevor er das Periost von der Crista maxillaris ablöst, macht er einen Schnitt längs des oberen Randes der letzteren nach Entfernung des Knorpels; auf diese Weise können Periost und Perichondrium in einem Stück entfernt werden, ohne dass Zerreissungen eintreten.

A. J. BRADY.

26) **Myron Metzenbaum. Exostose des Septum. (Exostosis of the septum.)** *The laryngoscope. Mai 1911.*

Die Exostose verlegte den mittleren und hinteren Theil der linken Nase

völlig und war tief in die nasale Antrumwand eingebettet. Die Entfernung geschah in einem Stück mittels des Verf.'s Septummeissel. EMIL MAYER.

27) **Coulet. Die submuköse Resection bei 120 Fällen von Septumdeviation und drei Fällen von Ulcus perforans septi. (La méthode de la résection sousmuqueuse appliquée à 120 cas de déviation septale et à 3 cas d'ulcère perforant de la cloison.)** *Revue hebdom de laryngol. No. 23. 1912.*

Die bekannte Technik wird zuerst beschrieben. Bei 120 Fällen hat der Autor keinen unangenehmen Zwischenfall erlebt. Zum Schluss wird in einigen Zeilen kurz angegeben, dass Jacques in drei Fällen das Ulcus simplex septi mit der submucösen Septumresection geheilt hat. LAUTMANN.

28) **Irving Sobotky. Infiltrationsanästhesie bei der submukösen Resection der Nasenscheidewand. (Infiltration anaesthesia in the submucous resection of the nasal septum.)** *New York med. journ. 17. Februar 1912.*

Verf. räth zur subperichondralen Injection einer physiologischen Kochsalzlösung, der einige Tropfen Adrenalin hinzugesetzt sind, nachdem die Schleimhaut durch Bestreichen mit einer 2—4 proc. Cocainlösung für den Nadelstich unempfindlich gemacht ist. Vier Injectionspunkte: Vorn am Septum, dicht hinter der Stelle, wo häutiges und knorpliges Septum aneinanderstossen; gegenüber der unteren Muschel, unten, wo Septum und Nasenboden aneinandergrenzen; gegenüber dem vorderen Ende der mittleren Muschel; hinten am Septum am Beginn des oberen Nasenganges. Annähernd 1 ccm ist an jeder dieser Stelle zu injiciren.

EMIL MAYER.

29) **B. Schultz** (Dresden). **Ein Beitrag zur submukösen Nasenscheidewandoperation.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 5. S. 73. 1912.*

Um die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes zu steigern und dadurch eine Verletzung des Schleimhautblattes der concaven Septumseite noch sicherer zu vermeiden, empfiehlt Verf. eine Modification, die aber im Wesentlichen nichts anderes ist als die orale Methode der Septumresection, wie sie Kretschmann in der Versammlung deutscher Otologen in Heidelberg 1908, S. 227 vorgetragen hat. Nur legt Verf. vom Munde aus nicht beide, sondern nur eine Apertura pyriformis frei, nämlich derjenigen Seite, welche der concaven Septumfläche entspricht. Dann erst wird von der Nase aus auf der convexen Septumseite der gewöhnliche Schleimhautknorpelschnitt angelegt.

Verf. hat dieses Verfahren erst seit Kurzem angewendet und giebt die Zahl der nach dieser Methode operirten Fälle nicht an. Wie ich mich an der Leiche überzeugt habe, lässt sich das angegebene Verfahren leicht ausführen; es bedeutet aber doch keine idealere Gestaltung, sondern in mehrfacher Beziehung ein Umständlicherwerden des Killian'schen Verfahrens, das eben immer viel Uebung verlangen wird, auch dann, wenn diese zum Theil wieder Nachtheile in sich bergende Modificationen in Anwendung kommen. OPPIKOFER.

30) **A. B. Mason. Völlige und permanente Entfernung von Septumvorsprüngen. (Complete and permanent removal of septal spurs.)** *Southern med. journ. Nov. 1911.*

Nach einer Uebersicht über die verschiedenen in Anwendung kommenden

Operationsmethoden gelangt Verf. zu dem Resultat, dass die submucöse Resection des in Betracht kommenden Septumabschnittes allein der Indication der vollständigen und dauernden Beseitigung genügt.

EMIL MAYER.

31) **Harold Hays. Die submuköse Resection der Nasenscheidewand. Indicationen, Contraindicationen und Technik. (The submucous resection of the nasal septum, its indications and contraindications; its technic.)** *American journal of Surgery. November 1911.*

Die Contraindicationen decken sich in der Hauptsache mit denen gegen chirurgische Eingriffe überhaupt bestehenden: Diabetes, Bright'sche Nierenkrankheit und Hämophilie. Die Operation bei Kindern ist nicht rathsam, ausser wenn die Athmung ernstlich beeinträchtigt ist; besonders soll die Operation nicht vorgenommen werden, solange die vollständige Knochenbildung nicht erfolgt ist, was gewöhnlich vor dem achten Lebensjahr der Fall ist.

Zwei Arten von Fällen sollten lange sorgfältig beobachtet werden, bevor man sich zur submucösen Resection entschliesst: Erstens die Fälle von chronischer Sinusitis; oft muss eine Deviation beseitigt werden, damit man eine Eiterung ordentlich zu Gesicht bekommt. In solchen Fällen muss der Pat. mindestens ein paar Wochen behandelt werden, bevor man die submuköse Resection unternimmt.

Die zweite Klasse betrifft 18—19jährige junge Mädchen, die bleichsüchtig und schmächtig sind und ohne Widerstandskraft sind. Bei diesen Patientinnen ist wegen der Möglichkeit einer Infection, mit deren Eintreten stets gerechnet werden muss, der allgemeine Gesundheitszustand sorgfältig in Rechnung zu ziehen. Verf. verfügt über zwei Fälle von Septikaemie nach submucöser Resection, von denen der eine starb.

EMIL MAYER.

32) **Henry Alexander. Complicationen nach submuköser Septumresection. (Complications following the submucous operation upon the nasal septum.)** *New York med. journ. 14. October 1911.*

Unter 400 Fällen von submucöser Septumresection hat Verf. 21 Complicationen gesehen, von leichter Angina bis zu schwerer eitriger Meningitis und Septikaemie. Er berichtet über drei Fälle von schwerer Infection, darunter zwei tödtlich endende eitrige Meningitiden. In Anbetracht der Möglichkeit solcher Ereignisse sollte Conservativismus in der Auswahl der Fälle eine Regel sein.

EMIL MAYER.

33) **Macleod Yearsley. Anästhesie zur submukösen Septumresection. (Anesthesia for submucous resection of the septum.)** *Brit. med. journ. 30. März 1912.*

Verf. empfiehlt als beste Methode, die Schleimhaut 20 Minuten lang alle 2 Minuten mit einer Mischung aus gleichen Theilen Adrenalin und 10 proc. Cocainlösung zu bepinseln.

A. J. WRIGHT.

34) **C. J. Koenig. Neue Instrumente zur submukösen Resection der Nasenscheidewand. (New instruments for submucous resection of the nasal septum.)** *The laryngoscope. October 1911.*

1. Eine gebogene Zange. 2. Ein die Schleimhaut zurückhaltendes Spe-



culum, dessen Griff mittels einer Schraube am Nasenflügel befestigt werden kann. 3. Eine Grünwald-Struyken'sche Zange, die in Bezug auf ihre Krümmung modificirt ist, wie eine Scheere schneidet und mit der Knorpel und nicht zu dicker Knochen incidirt und so die Deviation umschnitten werden kann.

EMIL MAYER.

35) **Johann Fein** (Wien). **Ueber Beziehungen zwischen Kieferhöhle und Thränennasengang.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Vert. bringt durch Sagittalschnitte des Oberkiefers die laterale Seite des Thränennasencanals durch Eröffnung der Kieferhöhle zur Ansicht, die mediale Wand durch Abtragung der mittleren und unteren Muschel. — Horizontalschnitte an entkalkten Präparaten in verschiedenen Ebenen demonstriren die Lageverhältnisse der Canallichtung zu den Nebenhöhlen. — Die praktische Bedeutung liegt einmal in der Möglichkeit des Uebergreifens von Krankheiten von dem einen Organ auf das andere, dann auch in der Gefahr von Verletzungen des einen Organs bei Operationen am anderen. — Ein Zusammenhang zwischen Empyem der Highmorshöhle und Thränengangserkrankung kann nur auf dem Umwege durch die Nase (secundäre Entzündung der Nasenschleimhaut) hinreichend erklärt werden, während Neoplasmen und ulcerirende bzw. sequestrirende Processe durch die Knochenwand direct fortgeleitet werden können. Tuberculöse und syphilitische Erkrankungen kommen hierbei hauptsächlich in Betracht.

Das Gefahrsmoment der Nebenverletzungen bei operativen Eingriffen ist grösser für den Thränennasengang bei Operationen der Kieferhöhle (Beispiele) als umgekehrt bei Eingriffen, die am Thränennasencanal ausgeführt werden (Sondirungen von der oberen oder unteren Oeffnung her, Thränensackexstirpation, Resection der Thränennasengangswandungen).

W. SOBERNHEIM.

36) **J. Dijon. Die Kieferhöhleneiterung im 18. Jahrhundert. (Considérations sur la sinusite maxillaire aux XVIII. siècle.)** *Dissert. Paris 1910.*

Die Behandlung der Kieferhöhleneiterung im 18. Jahrhundert bestand in Eröffnung der Kieferhöhle entweder von der Alveole oder von der Fossa canina aus. Auch die Ausspülungen vom mittleren Nasengange aus waren bereits bekannt, wurden aber selten geübt.

Die Angaben des Autors stützten sich im Wesentlichen auf die Arbeit von Bordenave.

OPPIKOFER.

37) **Canestro** (Genua). **Entzündung der Highmorshöhle bei Neugeborenen.** *Klinische und topographisch-anatomische Studie. Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. XXV. H. 3. 1911.*

Zunächst giebt Verf. eine ausführliche Krankengeschichte eines selbst beobachteten Falles bei einem 26 Tage alten Kinde. 10 Tage nach der Geburt trat Röthung und Schwellung der linken Regio infraorbitalis auf, die sich bald unter Auftreten von Exophthalmus auf die ganze periorbitale Gegend ausbreitete und von Eiterung aus dem linken Nasenloch und aus dem linken oberen Alveolarrand begleitet war. Der Eiter ergab die Anwesenheit des Staphylococcus aureus. Die

Sinusfistel wurde gespalten und die kleine Kieferhöhle drainirt; ebenso wurde die fluctuirende Schwellung der Regio infraorbitalis incidirt. Später Entfernung eines kleinen Knochensequesters. Danach tritt Heilung ein.

Verf. theilt sodann seine Arbeit in ein „Anatomisches Studium“ und in ein „Klinisches Studium“.

Seinen anatomischen Studien legt er das Material von 15 Neugeborenen zu Grunde. Am gefrorenen Schädel wurden verschiedene Frontal-, Horizontal- und Sagittalschnitte gemacht; man kann dann deutlich erkennen, dass die Gestalt der Kieferhöhle im Gegensatz zu der der Erwachsenen, wo sie eine vierwinklige Pyramide darstellt, ein dreiwinkliges Prisma mit abgerundeten Winkeln darbietet, oft auch rein ovale Form annehmend. Nach Ausbruch der bleibenden Zähne und Resorption des Knochengewebes gewinnt die Höhle ihre definitive Gestalt. Die Richtung ihres grössten Durchmessers ist ventrodorsal, durchschnittlich 7—10 mm, während der mediolaterale 2—3 mm und der obere untere 3—4 mm beträgt.

Cristae, Scheidewände, Taschen, Recessus, Nebenostien der Kieferhöhle wurden nie beobachtet.

Für das „Klinische Studium“ kommen ausser dem eigenen 9 Fälle der Literatur zur Verwendung. Der Infectionsweg ist durch dis Nase, wenigstens nur sehr selten dental. — Während subjective Symptome fehlen, ist objectiv eine grosse Tendenz der Ausbreitung festzustellen, was schliesslich die Diagnose ermöglicht. Ohne Ausnahme bestanden in den gesammelten Fällen Augencomplicationen, Röthung, Oedem, Abscess, Fistel der Augenlider, Schwellung der Conjunctiva, Exophthalmus, Schwellung der Wange, Fistel oder Schwellung des Zahnfleischrandes oder des Gaumengewölbes. In weniger vorgeschrittenen Fällen, die nicht bisher beschrieben sind, die aber sicher existiren, muss die Diagnose auf die allergrössten Schwierigkeiten stossen.

W. SOBERNHEIM.

38) **Ranirez Sántaló** (Madrid). **Ein Fall von chronischer Sinusitis maxillaris. (Un caso de sinusitis maxilar crónica.)** *Revista de sanidad militar. Mai 1911.*

Sechsjähriges Kind; Fistelöffnung unterhalb des rechten unteren Orbitalrandes mit leicht blutenden Granulationen; die Sonde führt in die Highmorshöhle. Zähne gesund. Operation nach Delsaux. Man fand die Höhle voller Granulationen. Anfrischung der Fistel und Naht, Tamponade der Höhle. Heilung nach einigen Wochen.

TAPIA.

39) **Marc. Paunz** (Budapest). **Ueber die Complicationen des dentalen Kieferhöhlenempyems.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Als wichtigste Complication erscheint bei allen beschriebenen Fällen die ausgedehnte Nekrotisirung des Knochens, die sich theils auf die faciale Kieferhöhlenwand bezieht, auf den Nasenboden und Processus nasalis des Oberkiefers, theils auf die Lamina papyracea und die Zwischenwände des Siebbeins. Diese Knochendestructionen sind als Folgen begleitender Periostitis aufzufassen, die gerade bei dentalen Empyemen wesentlich häufiger auftreten als bei solchen nasalen Ursprungs. —

Ausser diesen Complicationen war das Kieferhöhlenempyem meist mit anderen

Nebenhöhleneiterungen combinirt. In allen Fällen waren die Siebbeinzellen eitrig erkrankt, in den meisten auch die Stirnhöhlen, auch wurde in einem Falle die Keilbeinhöhle mit ergriffen, wobei sich der Process auch auf die Schädelhöhle ausbreitete.

WILH. SOBERNHEIM.

40) **Fritz Henke** (Königsberg i. Pr.). **Exitus letalis nach Kieferhöhlenoperation.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Der Tod erfolgte durch Lungenabscess, der höchstwahrscheinlich infolge Eiteraspiration aus der Kieferhöhle während der in Narkose ausgeführten Denker-schen Operation entstanden war.

WILH. SOBERNHEIM.

41) **M. Clavel. Die Localanästhesie bei der radicalen Behandlung der Kieferhöhleneiterung. (Application de l'anesthésie locale à la cure radicale de l'antrite maxillaire chronique.)** *Dissert. Lille 1910.*

Empfehlung der Novokaininjection zur Caldwell-Luc'schen Operation. Nach Eröffnen der Höhle wird vor Auskratzen der Schleimhaut eine in 20 proz. Cocainlösung oder in Bonain'sches Gemisch getauchte Gaze eingelegt.

OPPIKOFER.

42) **J. Szmurlo. Ueber Indicationen bei Behandlung acuter und chronischer Krankheiten des Antrum Highmori. (O wskazaniach przy leczeniu ostrych i przewlekłych cierpień jamy Highmora.)** *Gazeta Lekarska. 3. April 1912.*

Verf. betont die grosse Bedeutung der Krankheiten des Antrum Highmori für das Auge, die Mundhöhle und sogar für die weiter gelegenen Körperregionen. Hierauf entwickelt er obiges Thema ausführlich, mit Berücksichtigung der neueren Operationsmethoden.

A. v. SOKOLOWSKI.

43) **Claoué. Zehn Jahre Erfahrung über „Operation nach Claoué" zur Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung. (Dix ans de pratique de l'opération de Claoué etc.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 2. 1912.*

Es kommt Claoué darauf an, festzustellen, dass er der erste war, der das mechanische Auskratzen der Schleimhaut der Kieferhöhle als unnütz erklärte. Die Eröffnung vom unteren Nasengang haben andere schon vordem gemacht. In einer Statistik weist Claoué dann nach, wie allmählich eine Operationsmethode sich überall verbreitet. Im allgemeinen gibt die Methode 80 pCt. Heilung.

LAUTMANN.

44) **Ino Kubo. Die supraturbinale Eröffnung bei der chronischen Kieferhöhleneiterung. (De l'ouverture supraturbinale dans la sinusite maxillaire chronique.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 2. 1912.*

Bekannte Technik. Neue Instrumente (eine Stanze, eine Canule, eine Knopfsonde etc.). Aus dem Inhalte sei erwähnt, dass Kubo bei einem Patienten eine Spülung der Kieferhöhle durch den unteren Nasengang vorgenommen hatte. Syncope nach der Spülung und Exitus am folgenden Tag. Die supraturbinale Eröffnung der Kieferhöhle scheint dem Autor leichter ausführbar als die durch den unteren Nasengang.

LAUTMANN.

45) **Ed. Richter** (Plauen i. V.). **Dreizeitige Eröffnung der Kieferhöhle von der Nase aus.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 5. 1911.*

Verf. meisselt zunächst mit dem Killian-Klaus'schen Hohlmeissel 1 cm vom vorderen Ende der zu erhaltenden unteren Muschel die nasale Kieferhöhlenwand auf; mittels der in Sägen umgewandelten Hohlmeissellefzen wird dann ein ca. 3 cm langes und $^1/_2$ cm breites Knochenstück in der nasalen Kieferhöhlenwand herausgesägt, das dann mit breiter Kornzange ausgebrochen wird.

WILH. SOBERNHEIM.

46) **G. Mahu. Radicalbehandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege. (Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par la voie nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 12. 1911.*

Empfohlen wird im Allgemeinen die Operation von Claoué, nur legt Mahu grosses Gewicht auf energische Auskratzung der Sinusalschleimhaut. Neu sind die Instrumente, deren sich Mahu zur Operation bedient. Zunächst die Cisaille perforatrice, um die laterale Nasenwand zu durchbohren; dann die Pince à retro, um die Bresche von hinten nach vorn bis zur Apertur durchzustanzen, ferner ein selbsthaltendes Speculum, dann eine nach der Seite gekrümmte gewöhnliche Nasenpincette, ausserdem Curetten mit biegsamen Hälsen. Sämmtliche Instrumente von Collin.

LAUTMANN.

47) **Engelhardt** (Ulm). **Kurze Bemerkung zur Technik der Kieferhöhlenradicaloperation.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 4. S. 769. 1912.*

Empfehlung der Luc-Caldwell'schen Methode.

OPPIKOFER.

48) **John Dunn. Ein Satz Nebenhöhlencanülen. (A set of antral cannulae.)** *The laryngoscope. 1911.*

Der Satz besteht aus 6 Röhrchen; 3 davon (No. 3, 4 und 5) sind für die Stirnhöhle; 2 (No. 1 und 2) für Antrum und Keilbeinhöhle; No. 6 ist für gewisse abnorme Verhältnisse bestimmt. Die Krümmung der Stirnhöhlencanülen entspricht derjenigen der Curette für den Ductus frontalis nach Dr. T. C. Worthington (Baltimore).

EMIL MAYER.

49) **Henry A. Alderton. Ein neues Instrument zur Entfernung der nasalen Wand bei Antrumempyemen. (A new instrument to remove the nasal wall in cases of empyema of the maxillary antrum.)** *The laryngoscope. 1911.*

Es handelt sich um eine Zange, die nach Entfernung der vorderen zwei Drittel der unteren Muschel eine 6 : 14 mm grosse Oeffnung in die nasale Antrumwand schneidet.

EMIL MAYER.

50) **W. Gutberlet** (München). **Ein Motor-Kieferhöhlen-Trokar.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Dieser Trocar besteht aus 3 Teilen, dem eigentlichen Bohrer, der Spülröhre und dem Schlauchansatzstück. Nach Durchbohrung der Kieferhöhlenwand, die 1—2 Sekunden dauern soll, wird der Bohrer herausgezogen und das Schlauchansatzstück zur Probespülung mit dem Bajonettverschluss an die Spülröhre adaptirt. Das Instrument ist von Reiniger, Gebbert und Schall zu beziehen.

WILH. SOBERNHEIM.



c) Mundrachenhöhle.

51) **Gaetano Cutore. Ueber einen pharyngealen Ast des Ganglion submaxillare beim Menschen. (Di un rame faringeo del ganglio sottomascellare dell' uomo.)** *Monitore Zoologico Italiano. XXI. No. 6/7.*

52) **Gaetano Cutore. Weitere Untersuchungen über den pharyngealen Ast des Ganglion submaxillare beim Menschen. (Ulteriori ricerche sul rame faringeo del ganglio sottomascellare dell' uomo.)** *Bolletino dell' Academia Gioxenia di Scienza naturali in Cetania. Januar 1911.*

Das Ganglion submaxillare liegt nach unten vom horizontalen Theil des N. lingualis unmittelbar über der Glandula submaxillaris. Verf. beschreibt einen von der Hinterfläche des Ganglion ausgehenden Nervenast, der nach hinten und oben zieht und wenn er den M. glosso-staphylinus erreicht, ihm feine Verzweigungen giebt. Im weiteren Verlauf geht er an die Innenfläche des M. constrictor superior des Pharynx, sendet Aeste an diesen, geht von innen nach aussen und von unten nach oben durch diesen Muskel hindurch und erreicht die Fossa pterygo-pharyngea und verläuft sich immer weiter verzweigend bis zur Schädelbasis. Die von dem Hauptstamm abgehenden Aeste sind zum grossen Theil für den M. constrictor pharyngis sup. bestimmt; andere dagegen ziehen zur Aponeurosis praevertebralis, noch andere zur Aussenfläche der Art. pharyngea inferior. In seinem Gesammtverlauf beschreibt der Nerv eine Krümmung mit nach vorn gelegener Concavität. In seinem Anfangstheil tritt er in Beziehung zu der Glandula maxillaris.

Verf. berichtet in seiner ersten Arbeit über Untersuchungen an 12 Leichen, von denen er bei 10 den Nerven nachweisen konnte; in seiner zweiten Mittheilung berichtet er über weitere Untersuchungen an 10 Leichen, bei denen der Nerv achtmal nachgewiesen werden konnte.

FINDER.

53) **Forns** (Madrid). **Der Micrococcus catarrhalis als Ursache für Rachenkrankheiten. (El micrococo catarral agente de faringopaties.)** *Revista de especialidádes médicas. März 1911.*

Der vom Verf. mitgetheilte Fall zeigt die Virulenz eines relativ gutartigen Mikroorganismus. Bei einem 16jährigen Knaben war die Trepanation des Warzenfortsatzes gemacht worden. Am Tage, wo er entlassen werden sollte, hatte er Fieber, allgemeine Schmerzempfindungen und Dysphagie. Die Pharynxschleimhaut war geröthet, es bestand leichtes Oedem der Uvula. Nach 4 Tagen war eine Ulceration vorhanden, die sehr schnell einen grossen Theil des vorderen Gaumenbogens und der Wange zerstörte; die Ulceration blutete leicht; ihre Ränder waren scharf geschnitten. Die Untersuchung des Geschwürbelages ergab allein, jedoch in grosser Menge, die Anwesenheit des Micrococcus catarrhalis. Die Affection widerstand den verschiedensten antiseptischen und caustischen Behandlungsmethoden. schliesslich kam sie zum Stillstand nach 4—5mal täglich wiederholten Bepinselungen mit einer Lösung von 1 Theil Methylenblau auf 50 Theile Wasser, dem Carbolsäure und Alkohol zugesetzt waren.

Verf. fand denselben Mikroorganismus bei verschiedenen oto-rhino-laryngologischen Erkrankungen und wirft die Frage auf, ob es sich nicht um eine Endemie gehandelt habe.

TAPIA.

54) **Ove Strandberg. Drei Fälle von Lupus vulgaris linguae. (Tre Tilfaelde af Lupus vulgaris lingue.)** *Hospitalstidende. No. 12. 1912.*

In den Journalen über die ersten 2000 Patienten mit Lupus vulgaris in Finsen's medicinischem Institut hat S. im Ganzen 15 Fälle von Lupus linguae gefunden. Von diesen referiert er 3 und beschreibt das Aussehen der Zunge.

Ueber die Diagnose von Lupus vulgaris linguae, der nach Leloir sehr selten ist, sagt S., dass diese Lupusform ein Leiden sei, das als knotige, theils isolirte, theils aber auch confluirende Infiltrate auftrete, die sehr selten ulcerirten und die nie grössere zusammenhängende Ulcerationen bilden, welche an Ulcus tuberculosum erinnern. Die Ulcerationen können punktförmig, zuweilen gruppirt auftreten, wie man es bei Lupus vulgaris auf der Haut sieht.

Ausser den Infiltraten beobachtet man Fissuren mit ihren Ulcerationen in der Tiefe. Das Leiden ist in der Regel schmerzlos und nicht empfindlich.

Findet man diese Symptome namentlich in der Umgebung der Papilla circumvallata bei einem Patienten mit negativer Wassermann'scher Reaction und Lupus cutaneus, so ist man nach Verf. berechtigt, die Diagnose Lupus vulgaris linguae zu stellen. Ist das Leiden von einem Lupus cutaneus begleitet, so muss man in fast allen Fällen zugleich sich vergewissern, ob das histologische Bild mit dem der Tuberculose übereinstimmt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

55) **E. W. Scripture. Hemiatrophie der Zunge. (Hemiatrophy of the tongue.)** *Journ. americ. med. associat. 13. Januar 1912.*

S. berichtet über einen Fall, in dem es ihm durch fortgesetzte Uebungen gelang, in einigen Wochen eine völlige Heilung der Sprachstörung herbeizuführen.

EMIL MAYER.

56) **Edgar A. Forsythe. Cyste der Zungenbasis. (Cyste at the base of the tongue.)** *Laryngoscope. December 1911.*

3jähriges Kind, bei dem, sobald es niedergelegt wurde, Atembeschwerden auftraten. Man fand auf dem Zungengrund einen taubeneigrossen, fluctuirenden, durchscheinenden Tumor, der in der Gegend des Foramen coecum sass. Verf. entfernte den Tumor mit einem Tonsillotom. Er war gefüllt mit einer dünnen Flüssigkeit. Es trat kein Recidiv ein.

EMIL MAYER.

57) **Fallas** und **Steinhaus. Polypoide Hypertrophie der Zungenmandel. (Hypertrophie polypoide de l'amygdale linguale.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 10. 1912.* Mittheilung in der Gesellschaft für patholog. Anatomie in Brüssel, am 19. Januar 1911.

Von einem 60jährigen Mann herstammender Tumor vom Volumen einer kleinen Mandarine, blumenkohlartig mit kleinen, oberflächlichen Ulcerationen. Beim Abtragen fand man, dass er gestielt aufsass und nicht in die Tiefe reichte. Mikroskopische Untersuchung: Structur der Zungenmandel mit der Eigenthümlichkeit, dass die Infiltration beinahe ganz aus „Plasmazellen“ bestand.

M. PARMENTIER.



58) **Moure. Kystisches Angiom der Zungenwurzel. (Angiome kystique de la base de la langue.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 14. 1912.*

Summarischer Ueberblick über die cystischen Tumoren der Zungenbasis und Mittheilung eines Falles einer Vereiterung des Bochdaleck'schen Kanals. Hierauf wird ein Fall von cystischem Angiom der Zungenbasis ausführlich beschrieben (histologische Untersuchung), das unter Lokalanästhesie mit der Glühschlinge abgetragen wurde. Empfehlung der galvanischen Schlinge für die Tumoren an der Zungenbasis.

LAUTMANN.

59) **D. J. Davis** und **E. C. Rosenow. Eine durch eine besondere Art Streptococcus bedingte Epidemie von Halsentzündung. (Epidemic of sore throat due to a peculiar streptococcus.)** *Journ. americ. med. associat. 16. März 1912.*

Die Infection war charakterisirt durch plötzlichen Beginn, schwere Prostration, Drüsenschwellung und häufig schwere Complicationen. Der Mikroorganismus erwies sich als ein hämolytischer Kapselstreptococcus von hoher Virulenz, der eine Stellung zwischen dem gewöhnlichen hämolytischen Streptococcus und dem Streptococcus mucosus einnimmt. Es ist kein Pneumococcus. Die Zunahme der Kapselsubstanz bei wiederholter Thierpassage und ihre Abnahme auf künstlichem Nährboden legt dem Verf. die Vermuthung nahe, dass die Kapsel und die hohe Virulenz das Resultat wiederholter Passage durch menschliche Körper sei und die ungewöhnliche Tendenz zu schweren Complicationen erkläre.

In 4 Fällen wurde Section gemacht. In allen war serofibrinöse Peritonitis vorhanden und in dem Exsudat fand sich jener Streptococcus in Reincultur. In 3 davon war acute, fibrinöse Pleuritis, in einem acute Pericarditis und bei dreien fand sich der Streptococcus rein im Herzblut.

EMIL MAYER.

60) **Notiz des Herausgebers. Streptokokkentonsillitis und Milch. (Streptococcus tonsillitis and milk.)** *Journ. americ. med. associat. 3. Februar 1912.*

1. Epidemien von Streptokokkeninfection mit vornehmlicher Localisation im Hals können durch verunreinigte Milch hervorgerufen werden.

2. Streptokokkeninfection — „septische Halsentzündung" — muss als eine der mit der Lieferung roher Milch, auch wenn sie noch so sorgfältig überwacht wird, verknüpften Gefahren angesehen werden.

3. Der einzig sichere Schutz gegen solche Infectionen scheint, wie es Winslow ausspricht, in der Pasteurisirung der Milch zu liegen.

EMIL MAYER.

61) **Notiz des Herausgebers. Angina durch Milch entstanden. (Milk-borne Tonsillitis.)** *Journ. americ. med. associat. 11. November 1911.*

Die Epidemie wurde durch die von einer bestimmten Farm gelieferte Milch verbreitet; die Epidemie herrschte ungefähr 6 Wochen, bevor es auch zu einem Ausbruch in Boston kam, in der Umgegend der Farm. Die Epidemie in Boston zeigte, dass auch die von einer sogenannten „Musterfarm" gelieferte Milch durch Verunreinigung zu einer ausgebreiteten Infection führen kann. Nichts sprach dafür, dass nicht erkranktes Vieh die Quelle der Infection darstellte, sondern dass diese beim Menschen zu suchen war. Verf. plaidirt für allgemeine Pasteurisirung bei den öffentlichen Milchversorgungsstellen.

EMIL MAYER.

62) **Wme. P. Wherry. Angina Vincenti. (Vincent's Angina.)** *The Laryngoscope. October 1911.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Der Bac. fusiformis in seiner gewöhnlichen Activität ist kein sehr virulenter Mikroorganismus; der Boden muss durch andere Organismen und durch verringerte Widerstandskraft vorbereitet sein. 2. Die Angina Vincenti ist im wesentlichen eine Krankheit der Tonsillarkrypten, bedingt durch mangelhafte Drainage plus den Mikroorganismen. 3. Verbesserung der Drainage und Application von 12 proz. Argentumlösung bilden die specifische Behandlung. 4. Der gewöhnliche Sitz der Erkrankung ist der obere Winkel der Tonsille hinter dem vorderen Gaumenbogen. EMIL MAYER.

63) **Edwin H. Place. Angina Vincenti. (Vincent's Angina.)** *Boston medical and surgical journal. 9. November 1911.*

Nach Vincent ist der Bacillus in Ausstrichen wenig oder gar nicht beweglich. In den Fällen von Place zeigte er dagegen eine ausgesprochene Beweglichkeit. Die Spirillen zeigten eine sehr active Motilität, aber keine oder wenig Fortbewegung. Die Mikroorganismen verlieren ihre Beweglichkeit in Culturen. In einem Fall des Verf.'s fand sich der Bacillus fusiformis allein; dieser Fall wurde jedoch nur einmal gesehen. Mit dem Beginn des Heilungsprocesses verschwinden die Mikroorganismen; in 5 Fällen, bei denen täglich Ausstriche gemacht wurden, konnte constatirt werden, dass mit dem Beginn der Geschwürsreinigung auch die Mikroorganismen zu verschwinden begannen. Als das beste lokale Mittel hat sich dem Verf. das H_2O_2 entweder rein oder zur Hälfte verdünnt bewährt; es ist anzuwenden, bis das Geschwür rein ist, dann wird täglich einmal mit 2 proz. Chromsäurelösung gepinselt. Heilung trat schnell — in 2—6 Tagen — ein. Der Krankheit lässt sich nach Ansicht von P. vorbeugen durch gute Zahn- und Mundpflege und allgemeine Hygiene. EMIL MAYER.

64) **Pusateri** (Palermo). **Chronisch verlaufende Angina Vincenti.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles, der durch seine Doppelseitigkeit und seine lange Dauer (über 1 Jahr) interessant ist. Die Heilung wurde durch Gurgelungen mit Carbolsäurepräparaten und locale Aetzungen mit $3^1/_2$ proz. Chlorzinklösungen herbeigeführt. Differentialdiagnostisch kam ulceröse Tuberculose, Lupus, Carcinom, Gumma in Betracht. W. SOBERNHEIM.

65) **Romeo** (Madrid). **Angina und Laryngitis pseudo-membranacea nicht diphtherischer Natur im Verlauf einer Pneumonie. (Angina y laringitis pseudomembranosa no diftérica en el curso de una pneumonia.)** *Revista clinica de Madrid. December 1910.*

Es handelte sich um ein 8jähriges Kind. Die Erkrankung begann mit starkem Fieber, Erbrechen und einer leichten erythematösen Angina. Am vierten Tage, als eine Bronchopneumonie in voller Entwicklung war, bildeten sich auf den Mandeln weiss-gelbliche, wenig adhärente Beläge; ferner trat Heiserkeit auf mit sehr starker Dyspnoe und Erstickungsanfällen. Die Untersuchung der von dem

Exsudat auf Agar und Gelatineserum angelegten Culturen ergab die Anwesenheit zweier Arten von Colonien: die eine entsprach einem Saprophyten der Mundhöhle, die andere grössere war gebildet durch den Diplococcus Fränkel. Diphtheriebacillen waren nicht vorhanden.

TAPIA.

d) Diphtherie und Croup.

66) **Otto Goetze** (Hamburg-Eppendorf). **Zur Diphtheriebacillenfärbung Raskin.** Aus dem patholog. Institut des Allgem. Krankenhauses. *Münch. med. Wochenschrift. No. 17. 1912.*

Goetze hat die Raskin'sche „neue, einzeitige Doppelfärbungsmethode für die Polkörperchen der Diphtheriebacillen" (Deutsche med. Wochenschr. 1911. No. 51) nachgeprüft und hält diese Methode speciell für den praktischen Arzt und kleinere Laboratorien empfehlenswerth, ohne dass sie jedoch die Neisser'sche Methode verdrängen könne. Die Raskin'schen Angaben, „dass die Polkörperchen tiefblau, die Stäbchen selbst hellroth gefärbt erscheinen", kann Autor nicht bestätigen; vielmehr färben sich die Stäbchen hellviolett, die Polkörperchen dunkelviolett; auch war der Contrastreichthum nie so glänzend, wie bei der Neisser'schen Färbung. Auch bei Tonsillarabstrichen werden die sonstigen Mikroorganismen, Mundepithelien, Leukocyten etc. nach Raskin stärker gefärbt wie nach Neisser; der Contrast ist auch hier entschieden geringer; jedoch wird man bei einiger Uebung Diphtheriebacillen auch bei der Raskin-Färbung nicht übersehen. Im Princip muss jedoch das stärker isolirte Hervortreten der Diphtheriebacillen in den nach Neisser gefärbten Tonsillarabstrichen dieser Methode als Vorzug angerechnet werden.

HECHT

67) **Paul Sommerfeld** (Berlin). **Zur Diphtheriebacillenfärbung. Bemerkung zu der Arbeit von Goetze,** Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1912. *Münch med. Wochenschr. No. 19. 1912.*

Verf. schreibt: „Es existirt bisher keine brauchbare Methode, welche mit einer einzigen Farblösung auskommt." Ich möchte demgegenüber darauf hinweisen, dass ich eine solche Methode, die sich mir seit Jahren als brauchbar erwiesen hat, in No. 11, Jahrg. 1910 der Deutschen med. Wochenschr. beschrieben habe. Sie besteht in der Färbung der Bacillen mit irgend einer beliebigen Methylenblaulösung und nachfolgender kurzer Behandlung mit Formalin, Alkohol ana. Bacillenleiber hell blassblau, Polkörner tief dunkelblau.

HECHT

68) **Kurt Blühdorn** (Göttingen). **Unsere Diphtherieerfahrungen 1910 11.** Aus der Infectionsabtheilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin. *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Die im Winter 1910/11 zur Aufnahme gekommenen Diphtherieerkrankungen boten unverhältnissmässig viel schwere Fälle von Rachen- und Kehlkopfdiphtherie, deren Serumbehandlung wieder die guten Erfolge dieser Therapie erwies. Das Diphtherieserum wurde immer — wegen der zu langsamen Resorption bei subcutaner Injection — intramusculär, in eiligen Fällen auch intravenös eingespritzt.

Daneben erwies sich in schweren Fällen mit starken Belägen ein permanenter Wasserstoffsuperoxydspray, der in directer Verbindung mit der Dampfheizung steht, als sehr nützlich. Von Nachkrankheiten zeigten sich häufig Albuminurien, theils durch das Fieber, theils wohl auch durch die Ausscheidung des artfremden Heilserumeiweisses bedingt, sodann Paresen mannigfacher Art, in erster Linie Gaumensegelparesen, ferner Myocarditiden. In den Fällen von postdiphtherischer Herzschwäche, die ja mit einer Blutdrucksenkung einhergeht, wandte Autor den Nebennierenextract an, der manchmal erfolgreich wirkte. In Form des Epirenans wurde es in Dosen von 1—5 ccm pro die subcutan (cave intravenös!) injicirt. Bei der Schwere der Fälle wurden gleich hohe Dosen (bis 9000 I.E.) injicirt, die, wenn nöthig, an den folgenden Tagen noch 1—2 mal wiederholt wurden, ohne dass jemals anaphylaktische Erscheinungen auftraten; trotzdem liessen sich in einem beachtenswerthen Procentsatz selbst tödtliche Nachkrankheiten nicht vermeiden. Die Schwere der Erkrankungen zeigte sich auch darin, dass trotz frühzeitiger Behandlung in 12 pCt. der Fälle (Gesammtzahl 293 Fälle) tracheotomirt werden musste. Die Gesammtzahl der Todesfälle betrug ca. 11 pCt. Die nach dem Ausbruch von Complicationen mehrfach vorgenommene Reinjection hoher Serumdosen — nach den Empfehlungen französischer Autoren 20—30000 I.E. — erwiesen sich als zwecklos.

HECHT.

69) **Dittrich** (Jonitz). **Active und passive Immunität bei Diphtheritis in der ärztlichen Praxis.** *Med. Klinik. No. 23. 1912.*

Bei einer bösartigen Diphtherieepidemie sollen Serumeinspritzungen vorgenommen werden, während Verf. bei leichteren Erkrankungen die Seruminjectionen für überflüssig hält.

SEIFERT.

70) **Wilh. Asam** (Murnau). **Todesgefahr in Folge von Anaphylaxie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1912.*

A. berichtet über zwei Beobachtungen aus seiner Familie: Seine Gattin hatte bereits 2 mal Diphtherie überstanden und war beide Male (1899 und 1900) mit Diphtherieheilserum gespritzt worden, ohne dass bei der zweiten Injection irgend welche anaphylaktischen Erscheinungen aufgetreten wären. Nach einem Intervall von $10^1/_2$ Jahren erneute Erkrankung an Diphtherie, wieder Injection von Serum No. 2 mit rasch auftretenden, schweren anaphylaktischen Störungen; allmähliche Heilung. Patientin ist nicht neuropathisch veranlagt, leidet jedoch seit 22 Jahren an Heuschnupfen und seit 12 Jahren zuweilen an Asthma. Hier trat also nach einer ersten Reinjection, ein Jahr nach der primären Einspritzung, keine Reaction ein, während eine „sofortige Reaction" nach einem Intervall von $10^1/_2$ Jahren auftrat.

Ein 13jähriger Sohn hatte bereits 3 mal Diphtherie überstanden, war 2 mal — ohne anaphylaktische Erscheinungen — gespritzt worden. December 1911 erkrankte er erneut an Diphtherie; auf Grund der üblen Erfahrungen bei der Gattin versuchte Autor zunächst die Verabreichung des Diphtherieheilserums per os; innerhalb zweier Tage wurden 4000 I.E. verabreicht ohne jede Einwirkung auf den localen Process und die Temperatur. Daher am dritten Krankheitstage Ver-

abreichung eines Theilstriches der Pravaz'schen Spritze, am vierten Tage die Gesammtmenge des Serums No. 3. Heilung ohne jedwede Reaction. Autor fordert auf, die Heilwirkung des Diphtherieheilserums per os genommen an einem grösseren Materiale nachzuprüfen — unter Hinweis auf die in der Literatur erwähnten angeblichen Erfolge. Hinweis auf die Mittheilung von Dreyfuss, dass die Höchster Farbwerke jetzt ein Rinder-Diphtherieserum herstellen, das bei entsprechender Menge nicht nur zu prophylaktischen, sondern auch zu therapeutischen Zwecken verwendet werden könne.

HECHT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

71) **O. Levinstein** (Berlin). **Beitrag zur Schwierigkeit der Diagnose „Paralysis nervi recurrentis rheumatica" und zum Werth der Untersuchung mit Röntgenstrahlen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 1. 1911.*

Verf. hielt auf Grund der Anamnese (nach Einwirkung von Zugluft plötzlich aufgetretene Heiserkeit) und negativen Ausfalls der Untersuchung des Thorax die bestehende Recurrenslähmung für rheumatisch, bis ein später aufgenommenes Röntgenbild als Ursache ein Aneurysma der Arteria subclavia dextra erkennen lässt.

W. SOBERNHEIM.

72) **Onodi** (Budapest). **Ueber den Nervenfaserverlauf der Ansa Galeni im Stamme und in den Endzweigen des Nervus laryngeus inferior.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 65. 1912.*

Vortrag, gehalten auf dem III. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress zu Berlin 1911. Referat in dieser Zeitschrift. 1911. Bd. 27, S. 509.

OPPIKOFER.

73) **Sippel** (Würzburg). **Ein Fall von Infraction des Schildknorpels.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Der Fall ist dadurch interessant, dass die Gewalteinwirkung eine indirecte war. Strangulationsmarke ist 1—2 cm von der Infractionsstelle entfernt.

W. SOBERNHEIM.

74) **James Andrew. Bemerkungen über einen Fall von Kehlkopffractur. (Notes on a case of fracture of the larynx.)** *Lancet. 9. März 1912.*

Bruch des Schildknorpels und Ringknorpels trat bei einem 43jährigen Mann bei plötzlichem Niesen ein; die Fractur entstand wahrscheinlich durch Stoss gegen einen steifen Halskragen. Die Symptome bestanden in Dysphagie, Salivation: die Diagnose wurde gestellt durch den Nachweis der Crepitation und die Röntgenaufnahme. In drei Wochen trat Heilung ein.

A. J. WRIGHT.

75) **Seckel** (Strassburg i. E.). **Multiple Amyloidtumoren des Larynx und Pharynx.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Der veröffentlichte Befund ist durch seine Multiplicität ausgezeichnet und durch seine bisher einzigartige Localisation an Uvula und seitlicher Pharynx-

wand. Ausser an diesen Organen zeigten sich die ziemlich derben, linsen- bis erbsengrossen Excrescenzen an den Plicae aryepiglotticae und unterhalb der Incisura interarytaenoidea, ebenso in geringerer Anzahl im rechten Ventriculus Morgagni.

Verf. gibt nach genauer Darstellung des eigenen Falles dann eine Uebersicht über diejenigen localen Amyloidtumoren, die sich an Neubildungen anschliessen, und stellt zum Schluss die ohne vorausgegangene Neubildung entstandenen aus der Literatur in einer Tabelle zusammen. W. SOBERNHEIM.

76) **Poujol. Ueber die pathologische Histologie der Stimmbandpolypen. (Sur l'histologie pathologique des polypes des cordes vocales.)** *Arch. de méd. expérimentale. Januar 1911.*

Verf. hat 9 Larynxpolypen genau histologisch untersucht. Er glaubt scheinbar, manches zuerst gefunden zu haben, was Andere bereits vor ihm — und zwar weit gründlicher — beschrieben haben. Das gilt z. B. von der hyalinen Degeneration der Stimmbandfibrome, die, wie er meint, „von keinem Autor in ihrer wahren Bedeutung beschrieben worden ist.“ Kennt Verf. denn nicht — um nur einen zu nennen — die ausführlichen Arbeiten von A. Alexander über die Histologie der Stimmbandfibrome?

Nach den Untersuchungen des Verf.'s besitzen die Larynxpolypen ein Netz von elastischen Fasern, das in seinem Reichthum mit dem des Stimmbandes zu vergleichen ist. FINDER.

77) **Le Béco, Léon** (Lüttich). **Bemerkungen über die Entwicklung der Schleimhautpapillome und über ihre Behandlung. (Remarques sur l'évolution des papillomes des muqueuses et sur leur traitement.)** *La presse otolaryngol. belge. No. 1. 1912.*

Gestützt auf die Literatur und neue Beobachtungen über den Entwicklungsgang dieser Tumoren betont Verf. ihre Verwandtschaft mit den gleichartigen der Harnwege, und die Gleichartigkeit einiger Behandlungsweisen, unter anderem der Application von calcinirter Magnesia, die, wie der Autor hofft, ein nützliches Hülfsmittel ausmachen dürfte für die neuesten vervollkommneten chirurgischen Eingriffe. M. PARMENTIER.

78) **E. C. Sewall. Multiple Kehlkopfpapillome bei Kindern. (Multiple papillomata of the larynx in children.)** *California state journ. of med. Jan. 1912.*

Die Geschwülste sind unter Leitung des Spiegels mit der Zange in so oft wiederholten Sitzungen, wie es nöthig ist, zu entfernen. Ist die Trainirung des Patienten hierzu trotz aller Geduld nicht möglich, so soll die Entfernung in Narkose unter Leitung des Killian'schen Spatels geschehen. EMIL MAYER.

79) **James J. Carroll. Knorpelgeschwülste des Kehlkopfs. (Cartilaginous tumors of the larynx.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. December 1911.*

34 jähriger Mann. Heiserkeit und Athembeschwerden, besonders beim Liegen



und Umhergehen. Husten. Keine Schluckbeschwerden. Aeusserlich war eine Schwellung über dem Schildknorpel auf der linken Seite vorhanden. Keine Halsdrüsen fühlbar. Laryngoskopisch sah man einen grossen, rothen subglottischen Tumor mit glatter Oberfläche; er lag gerade unter den Stimmbändern und war mit den hinteren zwei Dritteln des linken Stimmbandes fest verbunden. Die Basis des Tumors war an die Hinterwand angeheftet und in geringem Grade an die Seitenwand. Das rechte Stimmband war congestionirt, bewegte sich frei, erreichte aber nicht die Mittellinie; das linke Stimmband war an die Seitenwand des Larynx fixirt. Der linke Aryknorpel machte bei der Phonation nur eine leichte rotirende Bewegung.

Operation. Der genaue Sitz des Tumors war die linke Seite der Ringknorpelplatte, die hintere Hälfte der Membrana crico-thyreoidea und der angrenzende Theil des Schildknorpels. Die Ursprungsstelle war augenscheinlich der Ringknorpel. Die Grösse war die einer mittelgrossen Walnuss. Beim Schneiden fanden sich keine Kalkablagerungen; histologisch fand sich eine dem hyalinen Knorpel ähnliche Grundsubstanz, in derselben zerstreut unregelmässige Anhäufungen von Knorpelzellen, viele spindelförmige Bindegewebszellen, myxomatös entartete Partieen mit ziemlich reichlichen sternförmigen Zellen und einige geringe Kalkablagerungen. Vorherrschend und am meisten charakteristisch waren die Knorpelzellen. Viele von ihnen waren ohne Kapsel.

EMIL MAYER.

80) **A. Durant. Die Knorpelgeschwülste der Cartilago cricoidea. (Les chondromes du cartilage cricoide.)** *Dissert. Lyon 1910.*

Die Arbeit stützt sich auf diejenige von M. Durand und J. Garel (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Bd. 34. S. 629. 1908), in der auch dieselben Krankengeschichten bereits fast alle mitgetheilt sind. Im Ganzen sind es 24 Fälle; 2 sind durch Durand und Garel beobachtet, während die übrigen aus der Literatur zusammengestellt sind. Wenn die Ecchondrome Athem- und Schluckbeschwerden hervorrufen, so ist der Tumor von aussen durch Laryngotomie zu entfernen.

OPPIKOFER.

81) **A. Kass. Ueber Chondro-Osteome der Trachea.** *Dissert. Greifswald 1910.*

Genauer mikroskopischer Befund von 4 Trachealecchondrosen, die im Greifswalder pathologischen Institut zur Beobachtung kamen.

OPPIKOFER.

82) **Rueda** (Madrid). **Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Krebs und Syphilis des Kehlkopfs. (Delicado diagnostico diferencial entre el cancer y la sifilis de la laringe.)** *Arch. de oto-rino-laryngologia. Juni 1910.*

Als Prüfstein in zweifelhaften Fällen bezeichnet Verf. die specifische Behandlung.

TAPIA.

83) **Orive** (Bilbao). **Kehlkopfepitheliom; Thyreotomie. (Epitelioma laringeo, tirotomia.)** *Gaceta médica del Hoste. April 1911.*

Bericht über einen mittels Thyreotomie behandelten Fall von Stimmbandbandcarcinom bei einem 43jährigen Manne. Nach 10 Monaten kein Recidiv.

TAPIA.

84) **Giambartolo Romeo. Ueber die totale Laryngectomie und ihre verschiedenen Methoden. (Sulla laringectomia totale e suoi diversi metodi operativi.)** *Gazz. internaz. di medicina e chirurgia. No. 31. 1911.*

Die Arbeit ist aus der Schule Durante's hervorgegangen. Sie schildert die verschiedenen Operationsmethoden mit besonderer Berücksichtigung der Duranteschen Methode, von der Verf. 5 Erfolge bei 5 Operationen anführt. Sie bietet den Vortheil der Wiederherstellung des pharyngo-oesophagealen Rohres, trennt den Pharynx von der Trachea und gewährt die Möglichkeit, die Drüsen an der Carotis zu entfernen.

CALAMIDA.

85) **Santiuste** (Santander). **Zwei neue Fälle von Totalexstirpation des Kehlkopfs. (Das nuevas casas de extirpacion total de la laringe.)** *Boletin de Cirurgia. Februar 1911.*

1. 55jähriger Mann. Totalexstirpation. Nach 6 Monaten kein Recidiv.

2. 60jähriger Mann. Totalexstirpation, zuerst in Localanästhesie, dann in Narkose. Die Heilung verzögerte sich erheblich dadurch, dass ein paar Pharynxnähte nicht hielten und eine Fistel entstand, die sich sehr schwer schloss.

TAPIA.

86) **C. Castets. Die totale Laryngectomie in der Spitalabtheilung von Prof. Jeannel. (La laryngectomie totale dans le service de M. le prof. Jeannel.)** *Dissert. Toulouse 1910.*

Verf. berichtet über 16 Fälle. Die verschiedenen Operationsmethoden sowie namentlich auch die Nachbehandlung werden eingehend besprochen.

OPPIKOFER.

87) **Lazárraga** (Malaga). **Schwere Blutung bei einer Kehlkopfexstirpation. (Hemorragia grave en una extirpacion total de la laringe.)** *Anales de Medicina y Cirurgia. Malaga. August 1910.*

50jähriger Mann mit sehr ausgedehntem Carcinom der Regio subglottica, des Larynxeingangs mit Infiltration der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten. Operation in Localanästhesie, nach vorheriger Fixation der Trachea an die Haut nach dem zweizeitigen Verfahren. Nachdem der Pat. bereits bei anscheinend gutem Allgemeinbefinden zu Bett gebracht worden war, trat eine ungemein heftige Blutung auf, bei der das Blut aus Mund und Nase, sowie über der Canüle hervorströmte.

TAPIA.

88) **Goris. Extraction von Fremdkörpern aus der Trachea und dem linken Bronchus. (Extraction de corps étrangers de la trachée et de la bronche gauche.)** Communication à l'académie royale de Belgique. Extrait du journal de radiologie.

Zwei durch die Details der Diagnose und Verwendung der Tracheoskopie interessante Beobachtungen.

PARMENTIER.

89) **R. H. Johnston. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus mittels oberer Bronchoskopie; nebst Bemerkungen über eine neue Methode der Einführung des Bronchoskops. (The removal of a foreign body from the right bronchus by upper bronchoscopy with some remarks on a new method of passing the bronchoscope.)** *American Journal of surgery. Juli 1911.*

Verf. untersucht den auf dem Operationstisch mit normaler gerader Lage des Kopfes liegenden Patienten in Chloroformnarkose. Das Bronchoskop wird eingeführt, nachdem Verf. mittels eines Spatels zur directen Laryngoskopie sich den Kehlkopf sichtbar gemacht hat. Dann wird der Kopf des Patienten sachte über das Tischende hinweg gebeugt und die weitere Untersuchung in dieser Position vorgenommen.

EMIL MAYER.

90) **H. v. Schrötter. Bronchoskopie bei Fremdkörper.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 12. 1912.*

Der Autor konnte bei einem 42jährigen Manne ein vor circa einem Jahre in das Verzweigungsgebiet des rechten Bronchus eingedrungenes Knochenfragment im natürlichen Wege entfernen, worauf die Beschwerden rasch schwanden. Heilung. Die Krankengeschichte bot mehrere klinisch wichtige Gesichtspunkte.

HANSZEL.

91) **Sidney Yankauer. Zwei Fälle von Fremdkörper im Bronchus; ein Fall von Tumor im Untertheil der Trachea; Entfernung mittels oberer Bronchoskopie. (Two cases of foreign body in the bronchus; a case of tumor in the lower trachea; removal by upper bronchoscopy.)** *Annals of otology. rhinology and laryngology. Juni 1911.*

Fall I. Pat. hatte einige Tage vorher eine Nadel aspirirt. Man sah auf dem Röntgenbild den Fremdkörper von der zweiten Rippe sich zum 4. Intercostalraum erstrecken. Nach Einführung des Bronchoskops konnte man ihn im rechten Bronchus sehen, jedoch war es nicht möglich, die Spitze der Nadel sichtbar zu machen. Die Entfernung gelang erst, nachdem Verf. die Nadel mit einer starken Zange völlig zusammengebogen hatte.

Fall II. 12jähriges Mädchen hatte angeblich vor 8 Monaten einen Pflaumenstein aspirirt. Die Einführung der Röhre war durch eine starke Rigidität der Nackenmuskeln erschwert, die auch in Narkose nicht ganz verschwand. Man fand — nachdem in diesem Falle die Einstellung der Bifurcation ungewöhnliche Schwierigkeiten gemacht hatte — die Oeffnung des linken Bronchus geschwollen und in ihm fand sich der Fremdkörper horizontal im Bronchiallumen liegend. Es gelang leicht, ihn zu fassen und zu entfernen.

Fall III wird von Emil Mayer ausführlich publicirt.

EMIL MAYER.

92) **W. Kümmel** (Heidelberg). **Ueber schwere Complicationen bei der Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1911.*

Vier Krankengeschichten, Kinder von $4^{1}/_{2}$—12 Jahren. Es bestand entweder schon vor der bronchoskopischen Untersuchung eine subglottische Schwellung

oder diese trat doch unmittelbar im Anschluss an die Untersuchung auf, in allen Fällen so stark, dass nur schleunigste Tracheotomie den Tod durch Erstickung abwandte. Die histologische Untersuchung der hypoglottischen Schwellung (vgl. Zimmermann, Zeitschr. f. Ohrenhk. Bd. 63. S. 99) zeigte eine mit Oedem verbundene entzündliche Infiltration in den oberflächlichsten Schleimhautschichten, einmal auch kleine Epitheldefecte, wahrscheinlich traumatischer Herkunft.

Schon Killian (Verh. des Vereins deutscher Laryngologen. S. 550. 1911) hat auf die Gefahren der Bronchoskopie bei kleinen Kindern aufmerksam gemacht und vor der Einführung zu dicker Rohre gewarnt. Verf. räth bei Anwesenheit subglottischer Schwellungen unter allen Umständen von vornherein zu tracheotomiren und bei Kindern unter fünf Jahren ebenso, auch wenn eine subglottische Schwellung fehlt.

Zwei Krankenfälle, in denen es bei der Oesophagoskopie zur Perforation der Pharynxwand gekommen war, nebst epikritischen Bemerkungen beschliessen die interessante Mittheilung.

ZARNIKO.

f) Schilddrüse.

93) **Viktor Hufnagel. Ueber Schilddrüsenerkrankungen auf tuberculöser Grundlage bei Einstellungsuntersuchungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1912.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von beginnender Spitzentuberculose, bei denen im Verlaufe einer mehrwöchigen Beobachtung — es handelte sich um eingestellte Rekruten — Basedowerscheinungen auftraten. Diese Erscheinungen (deutliche Herzstörung, leichte Hervortreibung der Bulbi, Gräfesches bezw. Stellwagsches Symptom und charakteristische Schwellung der Schilddrüsenlappen) sind wahrscheinlich als Ausdruck einer tuberculösen Vergiftung anzusprechen. Eine Umfrage bei den praktischen Aerzten dürfte wohl „einen nicht unbeträchtlichen Procentsatz von vorübergehenden und auch bleibenden Betheiligungen der Schilddrüse bei beginnenden sowohl wie bei ausgebildeten tuberculösen Lungenleiden ergeben".

HECHT.

94) **Catherine MacFarland. Unterdrückung der Menstruation in Folge von Hypothyreodismus. (Menstrual suppression due to hypothyroidism.)** *Journ. americ. med. associat. 3. Februar 1912.*

Bei der etwas pastös aussehenden und geistig trägen Patientin, bei der die Abdominalorgane absolut gesund gefunden wurden, wurde Verf. durch den an Myxödem erinnernden Gesammteindruck auf den Gedanken gebracht, dass die Amenorrhoe durch die mangelnde Schilddrüsensecretion bedingt sein könne. Es wurden dreimal täglich Tabletten à 0,325 g (5 grain) getrockneter Schilddrüsensubstanz gegeben. Nach achtwöchiger Behandlung menstruirte Patientin seit zehn Monaten zum ersten Mal. Seitdem menstruirte sie regelmässig; auch ihr Allgemeinbefinden besserte sich.

EMIL MAYER.

95) **J. Broeckaert. Vorschlag zur chirurgischen Behandlung der Struma exophthalmica. (A propos du traitement chirurgical du goître exophthalmique.)** *La presse oto-laryngol. belge. No. 1. 1911.*

Mittheilung auf dem 23. Congress der französischen chirurgischen Gesell-

schaft im October 1910: 6 Fälle von Thyroidectomie wegen echten Morb. Basedowii, die zu Gunsten der chirurgischen Intervention sprechen. PARMENTIER.

g) Oesophagus.

96) **Delsaux** (Brüssel). **Eigenartiger Fall von Verlegung des Oesophagus. (Obstruction oesophagienne curieuse.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 10. 1911.* Vor der belg. chirurg. Gesellschaft am 26. November 1910.

Verstopfung des Oesophagus durch einen enormen Mollusken (Buccin). Extraction. PARMENTIER.

97) **Le Bruel. Stenosen gleichzeitig im Oesophagus und am Pylorus in Folge Trinkens caustischer Flüssigkeiten. (Les sténoses concomitantes de l'oesophage et du pylore par ingestion de liquides caustiques.)** *Dissert. Paris 1910.*

Die Diagnose ist schwierig; es wird meist nur die Stenose im Oesophagus diagnosticirt. Werthvoll ist zur Diagnosenstellung die Radioskopie. Die Behandlung besteht in Gastroenterostomie und Dilatation des Oesophagus unter Controle der Oesophagoskopie. OPPIKOFER.

98) **O. Chiari** (Wien). **Fremdkörper in der Speiseröhre.** Sitzung der k. k. Ges. der Aerzte in Wien vom 20. April 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1912.*

Ein 12 jähriges Kind verschluckte zwei Zehnhellerstücke, welche an einer in Folge Laugenverätzung geringgradig stenosirten Stelle der Speiseröhre durch mehrere Tage derart fixirt blieb, dass der Speisebrei noch ungehindert passiren konnte.

An der Discussion betheiligten sich v. Eiselsberg, Haudek und Chiari. HANSZEL.

99) **Hans Hans** (Limburg a. d. L.). **Dringliche Indication zur Oesophagotomia mediana, gleichzeitig als Beitrag zur Frage: Tracheotomia transversalis oder Tracheotomia longitudinalis mit transversalem Hautschnitt.** Mit 2 Abbild. *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Verf. konnte bei mehrfacher Erprobung der von ihm angegebenen Oesophagotomia mediana beobachten, dass diese Schnittführung der älteren linksseitigen Schnittführung zur Eröffnung der Speiseröhre absolut überlegen ist. Im mitgetheilten Falle handelte es sich um die Entfernung einer von einem 14 monatigen Kinde verschluckten Cravattenklammer (3 cm lang, 21 mm breit), die kurz unterhalb des Kehlkopfes mit der Spitze nach unten festsass (Röntgendurchleuchtung). Ein Versuch, den Fremdkörper vom Munde aus herauszubefördern, musste bei den gespreizten scharfen Rändern des Fremdkörpers ausgeschlossen werden. Trotz der bestehenden Athemnoth konnte von der präliminaren Tracheotomie abgesehen werden, da die Oesophagotomia mediana sowieso die Trachea freilegt und ihre Schnittrichtung die der Tracheotomia infer. darstellt, so dass, wenn nöthig, die freigelegte Trachea rasch hätte incidirt werden können. Mit einem kurzen Schnitt

auf die Breitseite der Speiseröhre gelang das Hervorholen des Fremdkörpers leicht, ohne dass eine Tracheotomie nöthig wurde. Oesophagus-Seidennaht, nur durch die Muscularis, wodurch die Schleimhaut sich nach innen stülpte. — Hautwunde — Klammerverschluss, Heilung nach 3 Wochen ohne Beschwerden. Die neuerdings mehrfach empfohlene Tracheotomia transversa — allerdings mehr für die Tracheotomia superior — veranlasste Autor zu gleichen Versuchen bei der Tracheotomia inferior, die er bevorzugt. Hier bewährte sich die Querincision der Trachea nicht. Eine Erklärung hierfür giebt Autor durch den angeführten Gummischlauchversuch. Verf. empfiehlt bei der Tracheotomia infer. bei der Längsincision der Trachea zu bleiben, dagegen zur Erzielung einer glatteren Hautnarbenbildung den Hautschnitt quer in der Richtung der Hautlinie anzulegen.

Zusammenfassend kommt Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Die mediane Schnittführung zur Speiseröhre ist bei ihrer einfachen Technik, bei geläufigen anatomischen Verhältnissen besonders in den Fällen dringend zu empfehlen, wo ein grösserer Fremdkörper oder entzündliche Anschwellung einen Luftröhrenschnitt wegen Athemnoth in Frage kommen lässt.

2. Da die Speiseröhre einen platten Schlauch darstellt, so ist ihre Eröffnung leichter von der Fläche, als von der Kante her. Das Sichverlieren zwischen Wirbelsäule und Speiseröhre, wie es oft bei seitlichem Schnitt auf die Kante geschildert wird, ist bei Eröffnung von der Vorderfläche her ausgeschlossen.

3. Die Nahtlinie der Speiseröhre wird nach meiner Methode durch die sich hinüberlegende Luftröhre gesichert und auch bei entzündlicher Heilung einem Tractionsdivertikel vorgebeugt.

4. Die Tracheotomia inferior transversalis ist keine gute Methode. Die Vortheile der transversalen Schnittführung sind mit dem queren Hautschnitt erschöpft. Eine schöne lineare Narbe schafft selbst ohne jede Naht schon allein der quere Hautschnitt. Dieser ist deshalb auch bei der Oesophagotomia mediana zu empfehlen.

HECHT.

100) **Sieur. Oesophagotomie wegen Fremdkörper. (Oesophagotomie pour corps étranger de l'oesophage. Fragment d'adénotome.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIX. 4 juin 1911.*

Während einer Adenotomie bricht bei einem 3jährigen Mädchen die Schneide des gewöhnlichen (?) Adenotoms ab. Verf. sucht vergebens sofort das abgebrochene Stück, ohne es finden zu können. Eine sofortige Röntgendurchleuchtung zeigt einen Fremdkörper im Oesophagus. Wegen der Blutung ist eine Endoskopie unmöglich, daher sofortige Oesophagotomie unter allgemeiner Anästhesie, bei hängendem Kopfe. Der Fremdkörper fand sich nicht im Oesophagus, das Kind hatte ihn während der Narkose mit den Blutklumpen erbrochen, was erst später constatirt worden ist. Heilung. Unter den Complicationen der Adenotomie dürfte das Abbrechen des Adenotoms nicht gar so selten sein, wenn auch bisher erst 5 Fälle veröffentlicht sind.

LAUTMANN.

101) **Richard H. Johnston. Oesophagoskopie. (Esophagoscopy.)** *Laryngoscope. December 1911.*

Verf. verwirft bei Kindern unter 6 Jahren die Narkose. Er untersucht die

Kinder, während sie mit dem Kopf flach auf dem Operationstisch liegen. Er führt das Oesophagoskop unter Leitung des Jackson'schen modificirten directen Laryngoskops ein. Er benutzt einen hohen Tisch und untersucht im Stehen.

EMIL MAYER.

102) **Rodriguez Vargas. Ein neuer Fall von Fremdkörperextraction aus dem Oesophagus mit dem Oesophagoskop. (Un caso mas de cuerpo extrano en el esofago extraido por esofagoscopia.)** *La Clinica Castellana. T. II. No. 3.*

Zahnplatte unter Cocainanästhesie mittels der Brünings'schen Zange aus 25 cm Tiefe leicht entfernt.

TAPIA.

103) **Harry L. Myers. Bericht über 3 Fälle von Entfernung von Münzen aus dem Oesophagus kleiner Kinder mittels eines einfachen Verfahrens. (Report of three cases of removal of coins from the esophagus of infants by a simple procedure.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. Juni 1911.*

Das Verfahren besteht darin, dass eine Bougie mit olivenförmigem Ende hinter die Münze geführt und diese so herausgezogen wird.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **J. Poirot. Phonetik.** (Aus Handbuch der physiologischen Methodik von R. Tigerstedt.) Leipzig. S. Hirzel. 1911.

Verf. schildert in der 6. Abtheilung des 3. Bandes von Tigerstedt's Handbuch die Untersuchung der Sprachbewegungen, die aerodynamischen und acustischen Eigenschaften des Luftstromes sowie die Methoden zur Messung und Berechnung registrirter Curven. In einem Anhange giebt er Formeln und Productentabellen für die Analysen nach Fourier'schen Reihen und schliesslich eine Uebersicht über die einschlägige Literatur. Wenn auch in den Handbüchern von Rousselot und Scripture die phonetischen Methoden in eingehender Weise behandelt worden sind, so ist die bündige Darstellung Poirot's, in der besonders auf die Grundsätze und Begrenzung der Methoden Gewicht gelegt wurde, für den Lernenden von höchstem Nutzen, vornehmlich auch aus dem Grunde, weil die Theorie der Fourier'schen Analyse so vorgelegt ist, dass sie auch einem Nichtmathematiker ohne allzugrosse Mühe verständlich wird. J. Katzenstein.

---

b) **Posselt** (Innsbruck). **Chronische Bronchialerkrankungen mit Ausschluss der Tuberculose.** Sonderabdruck aus der Med. Klinik. 1909/1911.

Auf Grund eigener klinischer Beobachtungen und Anschauungen und an der Hand der immer umfangreicher werdenden Literatur bearbeitet Posselt in dem als Monographie erschienenen Separatabdruck die allgemein ätiologischen, pathologischen, klinischen und therapeutischen Fragen, wie sie unserer modernen Forschung entsprechen, die chronischen Bronchialerkrankungen. Im Eingang wird die Diagnose der Bronchialerkrankungen, dann die Bronchitis, das Bronchial-

asthma und die eosinophile Bronchitis besprochen. Ganz kurz wird auch das Heuasthma (Heuschnupfen) und der Keuchhusten berücksichtigt, eingehender die Bronchitis plastica und foetida, die Bronchiektasie, die Bronchiostenosen, die Bronchialconcremente und die Bronchialsyphilis, dabei auch der Radioskopie und der Bronchoskopie ihre Bedeutung zugemessen. Primärer Krebs der Bronchien, Aktinomykose der Bronchien, seltenere Bronchialaffectionen und Erkrankungen der Bronchialdrüsen schliessen sich an. Von grossem Interesse sind die Ausführungen über subjective Empfindungen, Schmerzphänomene chronischer Bronchialerkrankungen, deren Analyse und Differentialdiagnose. Seifert (Würzburg).

---

c) T. Della Vedova und L. Castellani. **L'opera dell' istituto oto-rino-laringologico di Milano. Nel quinquennio 1907—1911.** 458 S.

Dieser stattliche und sehr opulent ausgestattete Band soll einen Ueberblick geben über die Leistungen, die das von Della Vedova aus privaten Mitteln gegründete und ohne jede officielle Unterstützung zu grosser Entwicklung gebrachte Institut aufzuweisen hat. Aus der Vorrede entnehmen wir, wie weit in Italien die Laryngo-Otologie noch davon entfernt ist, sich der staatlichen Anerkennung zu erfreuen; in dem neuen Universitätsgesetz werden diese Disciplinen noch durchaus als medicinische Nebenfächer behandelt.

Den Hauptinhalt des Buches bilden Analysen der aus Della Vedova's Institut hervorgegangenen Arbeiten; sie sind zum grossen Theil in der von Della Vedova gegründeten und geleiteten Zeitschrift „La pratica oto-laringologica" erschienen und wurden meist im Centralblatt referirt. Den bedeutendsten Antheil an diesen wissenschaftlichen Arbeiten hat Della Vedova selbst; an der Spitze steht seine im Jahre 1907 erschienene ausführliche Monographie über die Entwicklung der Nasenhöhlen beim Menschen. Andere Arbeiten sind von Della Vedova's Schülern: Clerc, Castellani u. A. Besonders hervorgehoben zu werden verdient Castellani's Bericht über die oto-laryngologischen Befunde bei den Mailänder Communalschülern, die dem Institut zur Consultation zugeführt wurden.

Der zweite Theil des Buches zeigt uns das Institut der Unterrichtsanstalt, belehrt uns über den von ihm eingehaltenen Studiengang und die zur Verfügung stehenden Lehrmittel.

Der dritte Theil giebt statistische Daten über die Frequenz des Ambulatoriums und der Klinik, über die auf die einzelnen Organgruppen und die verschiedenen Krankheiten derselben entfallenden Zahlen, über die gewöhnlich angewandten therapeutischen Verfahren. Auch werden einzelne ein besonderes Interesse darbietende Fälle ausführlicher mitgetheilt, sowie die aus dem Material sich ergebenden klinischen Erfahrungen zusammenfassend besprochen. So theilt Verf. seine Erfahrungen mit über: Nasale Reflexneurosen, über retropharyngeale Geschwülste, über rhinogene Complicationen etc. Im Jahre 1910 kamen in dem Institut 3223, im ersten Semester 1911 2456 Kranke zur Beobachtung.

Von den baulichen Anlagen des Instituts und seinen Einrichtungen wird uns an der Hand von Plänen und Zeichnungen ein anschauliches Bild gegeben. Das Institut ist auch Sitz einer höchst segensvollen, humanitären Einrichtung,

nämlich einer Schule für Taubstumme, die diesen eine hinreichende technologische Vorbildung verschaffen soll, um ihre Aufnahme in die Fachschulen für Handwerker möglich zu machen. Die im ersten Jahre mit dieser Schule erzielten Resultate waren ausgezeichnet.

Der Inhalt dieses Buches ist ein Document für das Organisationstalent und die Thatkraft des Verfassers, der allen Grund hat, auf das von ihm ohne jede staatliche Unterstützung erreichte stolz zu sein. Hoffentlich trägt es dazu bei, den Machthabern in Italien vor Augen zu führen, dass unsere Wissenschaft die stiefmütterliche Behandlung nicht verdient, die sie ihr dort leider angedeihen zu lassen scheinen. Finder.

---

d) **Franz Bruck** (Charlottenburg). **Aphorismen für die Hals-, Nasen- und ohrenärztliche Praxis.** Berlin 1911. August Hirschwald. 36 S.

Vorliegendes Büchlein verfolgt den Zweck, dem allgemeinen Praktiker in Form unverbundener, scharf umrissener Lehrsätze einige für die oto-laryngologische Praxis wichtige Axiome einzuprägen und ihn vor gewissen in ärztlichen Kreisen verbreiteten Irrthümern zu bewahren. Es liess sich vielleicht nicht vermeiden, dem allgemeinen Praktiker Manches zu sagen, was uns bei der Lecture als „Binsenwahrheiten" anmuthet, aber wir glauben doch, dass z. B. ein Satz, wie folgender, ohne Schaden hätte fortbleiben können: „Es kann äusserst fatal sein, wenn man bei einer unverheiratheten Kranken, bei der man in Zweifel ist, ob sie an Syphilis z. B. des Halses leide, seinen Verdacht ausspricht und nachher erfährt, dass sie überhaupt noch nicht deflorirt ist." Andere Behauptungen des Verf.'s sind weit davon entfernt, als unverbrüchliche in den Catechismus des praktischen Arztes aufzunehmende Axiome gelten zu können, und fordern sehr zum Widerspruch heraus. Wenn Verf. z. B. sagt: „Da gerade Nase, Rachen und Kehlkopf so häufig von Syphilis befallen werden und da sich hierbei oft genug differentialdiagnostische Schwierigkeiten ergeben, so ist es unverständlich, wie sich der Dermatologe, der doch diesen Schwierigkeiten nicht gewachsen sein kann, ‚Syphilidologe' schlechthin nennen darf. Nur die Bezeichnung ‚Hautsyphilidologe' gebührt ihm." Das heisst doch in der That, den Begriff des Specialismus auf die Spitze treiben! Anderes wiederum hätte mit Fug fortbleiben können, so die Angaben über die Technik der Entfernung von Nasenrachenpolypen und Muschelhyperplasien; denn das sind Dinge, die in das Bereich des Specialisten gehören.

Grossen Werth scheint Verf. auf die von ihm sogenannte „permanente Tamponade" des Naseninnern bei Ozaena und anderen mit Borkenbildung in der Nase einhergehenden Processen zu legen. Sie stellt eine Modification der Gottstein'schen „temporären Tamponade" dar und besteht darin, dass beide Nasenhöhlen Tag und Nacht mit Mullstreifen so locker austamponirt werden, dass daneben noch eine vollkommen ausreichende Nasenathmung stattfinden kann. Sobald der Streifen mit Secret durchtränkt ist, wird er leicht ausgeschnaubt und sofort durch einen anderen ersetzt. Ich will mich eines Urtheils über Werth und praktische Durchführbarkeit dieses Verfahrens enthalten, aber ich meine, es hätte schärfer als es geschehen ist, betont werden müssen, dass es hier sich bestenfalls um ein rein symptomatisches Mittel handelt und ganz besonders wäre dieser Hinweis gerade dem all-

gemeinen Praktiker gegenüber da am Platze gewesen, wo Verf. seine „permanente Tamponade“ auch bei den mit übelriechenden Krusten einhergehenden Nebenhöhleneiterungen empfiehlt.

Sehen wir jedoch von diesen Einzelheiten ab, die uns zu Anschauungen herausfordern, so sind wir überzeugt, dass die Lectüre von Bruck's Büchlein dem praktischen Arzt manche nützlichen Fingerzeige geben und ihn vor vielen verbreiteten Irrthümern bewahren wird. Finder.

---

e) Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen.

XIX. Tagung zu Hannover am 24. und 25. Mai 1912.[1])

Vorsitzender: Seifert-Würzburg.

Referat erstattet vom Schriftführer R. Hoffmann-Dresden.

Sitzung vom 24. Mai 1912.

1. Alexander-Berlin: Der gegenwärtige Stand der Ozaena-Sammelforschung (Bericht).

Alexander berichtet, dass die Organisation der internationalen Ozaena-Sammelforschung bisher einen überraschend günstigen Verlauf nimmt und zu den besten Erwartungen berechtigt. Unter Bezugnahme auf die im Verlaufe der Vorarbeiten zu Tage getretenen irrthümlichen Auffassungen über die geplanten Arbeiten fasst er nochmals in aller Kürze zusammen, was der Gegenstand der Forschung ist (Ozaena genuina s. catarrhalis, also Ausschluss aller ulcerativen Formen) und welche Aufgaben sie erfüllen soll: 1. Feststellung von Vorkommen und Häufigkeit der Erkrankung in den einzelnen Ländern, 2. Gewinnung von Grundlagen zur Beurtheilung der Frage nach der Infectiosität resp. Heredität der Erkrankung, 3. Nachforschung nach Zeit und Art des Krankheitsbeginns, 4. Erlangung einwandfreien Sectionsmaterials. Besonders scharf wendet er sich gegen die Auffassung, dass die Aufklärung der Aetiologie und des Wesens der Ozaena der unmittelbare Zweck dieses internationalen Zusammenarbeitens sei. An dem Beispiel einer Schuluntersuchung schildert er, wie der Gang derartiger Untersuchungen gedacht ist und wie es an der Hand von Stammtafeln gelingt, nicht nur genauere Aufschlüsse über die latenten Ozaenaformen zu erlangen, sondern auch, unter Vermeidung aller Fehlerquellen werthvolles Material für die Forschung nach der Heredität resp. Infectiosität der Ozaena zu gewinnen. Er macht dabei auf die bereits im Umlauf befindlichen Fragebogen aufmerksam und überreicht der Versammlung ein Schema, welches der einheitlichen Ausführung aller durch die Forschung ermöglichten Sectionen dienen soll.

Sitzung vom 25. Mai 1912.

2. A. Thost-Hamburg: Die Gicht in den oberen Luftwegen.

Bei den Untersuchungen der internen Kliniker über Gicht wurden auch eine Reihe von Fällen von Gicht in den oberen Luftwegen mit veröffentlicht. Auf dem

---

1) Der ausführliche Bericht über die Verhandlungen erscheint im Verlage von Curt Kabitzsch in Würzburg. Die Auszüge der Vorträge sind sämmtlich Autoreferate.



internationalen Dermatologencongress wurde ebenfalls die Frage Stoffwechselerkrankungen und Hauterkrankungen behandelt. Es giebt ohne Zweifel nicht nur stärkere Veränderungen, sondern auch feinere Veränderungen in den Schleimhäuten. Die Gicht setzt eben ihre Harnsäuredepots in alle Gewebe. Gicht lässt sich nur nachweisen durch längere Beobachtung der Stoffwechselkranken in der Klinik. Man kann sie aber auch diagnosticiren, wenn 1. erbliche Gicht vorhanden ist, 2. im speciellen Fall Gicht vorliegt und die Affection in Hals und Nase in zeitlichem Verhältniss dazu steht, 3. wenn Gicht der Haut vorliegt, 4. besonders aber, und darauf legt Vortragender den Hauptwerth, wenn jede Therapie versagt und eine gegen die Gicht gerichtete Therapie vollen Erfolg bringt. Die Gicht zeigt sich in den oberen Luftwegen als Schleimhautgicht und als Gelenkgicht. Das Heufieber setzt sich aus verschiedenen Componenten zusammen, unter denen die Gicht eine häufige ist. Gichtdepots lagern sich gern in rheumatisch erkrankten Gelenken und Schleimhäuten ab. Daher kommt Gicht und Rheumatismus häufig combinirt vor. Die Behandlung muss eine allgemeine gegen die Gicht gerichtete sein, locale Behandlung ist absolut erfolglos.

Discussion:

Kümmel-Heidelberg weist speciell auf die Coryza nervosa hin. Er war eine Zeitlang der Ansicht, dass diese ausschliesslich mit Gicht zusammenhänge, doch sah er neuerdings viele Fälle, wo bei den typischsten Erscheinungen dieser Krankheit sicher keine Gicht vorlag. Wo Gicht als Ursache vorliegt, muss natürlich diese behandelt werden. Locale Behandlung der Nase ist selbstredend in solchen Fällen wirkungslos.

Schubert-Cassel hat bei gichtischer Veranlagung immer eine Verminderung des Rhodangehalts im Speichel gefunden. Dementsprechend hat er Rhodazit — ein Rhodanpräparat — gegeben und zwar etwa acht Tage lang drei Tabletten täglich. War bei nun erfolgter Speicheluntersuchung genügend Rhodan vorhanden, so ging er in der Dosis auf zwei Tabletten zurück, um dann ganz auszusetzen und eventuell später bei Recidiven wieder Rhodazit zu geben. Sch. will damit grosse Erfolge erzielt haben.

Scheibe-Erlangen wirft die Frage auf, ob wohl ein Zusammenhang zwischen Aphthen der Mundschleimhaut und Gicht bestehe.

Seifert-Würzburg: Man sieht manchmal, dass Gichtfälle sich an acute Infectionskrankheiten anschliessen, ferner, dass bei Erkrankung der Mundhöhle im Laufe der ersten Gichtanfälle in wenigen Wochen oder Monaten sämmtliche Zähne ausfallen, ohne kariös zu sein. Zweifellos giebt es weiter Fälle von aphthöser recidivirender Mundschleimhauterkrankung auf gichtischer Grundlage, die therapeutisch nur durch eine allgemein gichtische Behandlung zu heilen sind.

Thost (Schlusswort): Nach meiner Auffassung haben Aphthen mit der Gicht direkt nichts zu thun, sondern bilden eine Krankheit der Schleimhaut, die mit Magenstörungen zusammenhängt.

3. Blumenfeld-Wiesbaden: Zur Frage des Zusammenhanges zwischen Verengerungen der oberen Luftwege und Veränderungen der Lungenspitzen.

a) Die Annahme einer durch Stenose der oberen Luftwege bedingten nicht-tuberculösen Spitzeninfiltration (Collapsinduration, Retractionsinduration) ist bisher durch keinerlei anatomische Untersuchungen unterstützt. Auch die klinischen Untersuchungen des Verf. sprechen entschieden gegen das Vorhandensein einer derartig bedingten Induration. Die Klinik kann daher mit ihrem Bestehen so lange nicht rechnen, bis nicht das Vorkommen derartiger Indurationen anatomisch einwandfrei festgestellt ist. Für die Indicationsstellung von Nasen- und Rachenoperationen ist die Spitzeninduration an sich nicht zu verwerthen.

b) Das sogenannte supraclaviculäre Lungenemphysem, richtiger als apicale Lungenhernie bezeichnet, ist im Wesentlichen eine Verdrängungserscheinung, bedingt durch Hochstand des Zwerchfells und kommt nur bei fettleibigen Individuen mit straffen Bauchdecken vor.

4. Kretschmann-Magdeburg: Die sublabiale Septumresection.

Weitere Erfahrungen lassen die Methode als ein sicher zum Ziele führendes, nicht eingreifendes und technisch nicht allzu schwieriges Verfahren erscheinen. Die Operation wird unter Localanästhesie vorgenommen mit Zusatz anämisirender Substanzen. Voraufgehende Morphiumeinspritzung. Die Blutung ist in Folge der Anämisirung minimal, die der Operation folgende Schwellung geringfügig. Pat. befindet sich in liegender Stellung. Der Schleimhautschnitt reicht vom ersten Bicuspis der rechten bis zu dem der linken Seite. Abhebelung der Schleimhaut bis die untere Umrahmung der Apert. pyrifor. und die Basis der Spin. nas. ant. freiliegt. Lässt sich die Nasenschleimhaut nicht leicht von der Spin. nas. ablösen, so wird diese sagittal gespalten und an der Basis abgemeisselt. Nun lassen sich die Schleimhautblätter leicht trennen. Es erscheint die weisse Kante des viereckigen Knorpels. Man löst am besten nur mit dem Finger weiter ab. Einlegen von Winkelspateln. Vom Septum sucht man, soweit es das zu erstrebende Resultat nicht gefährdet, möglichst viel zu erhalten. Schluss der sublabialen Wunde durch Nähte. Tamponade einer oder beider Nasenhälften. Geringe Schwellung im Bereich der Oberlippe bis zum 5. bis 6. Tage. Jetzt Entfernung der Nähte. Temperaturerhöhungen wurden nicht beobachtet.

5. R. Goldmann-Iglau: Zur Aetiologie des Asthma bronchiale.

Bei einem 35jährigen schweren Asthmatiker mit Synechie und Deviation des Septums bringt nach vollständiger Herstellung der Nasenathmung erst die Entfernung der chronisch entzündeten, bei Retention der Mandelpfröpfe die asthmatischen Erscheinungen (unter Betheiligung der Halsdrüsen bis ins Jugulum hinab) auslösenden Tonsillen die endgültige Beseitigung der Anfälle mit sich.

Wie die Mandelpfröpfe können als toxische Ursache des Asthma wirken: Naseneiterungen, acute Entzündungen der Nase und Adnexe, ebenso wie gelegentlich auch schlechte Zähne.

Discussion:

Ephraim-Breslau trennt in der Aetiologie des Asthma bronchiale zwei Gruppen von einander: 1. Affectionen, bei denen der Vagus im Zustande erhöhter Reizbarkeit sich befindet (Vagotonie nach Eppinger und His); 2. Affectionen,

bei denen die Reizung selbst im Gebiete des Vagus stattfindet. Das Verhältniss der Nasenveränderungen bei Asthmatikern ist nicht das von Ursache und Wirkung, sondern es handelt sich um coordinirte Verhältnisse.

Goldmann (Schlusswort) betont, dass er nicht über die Theorie des Asthmas habe sprechen, sondern nur einen Typus desselben habe hervorheben wollen.

6. A. Denker-Halle a. S.: Praktische Winke zur Technik der Nebenhöhlenoperationen.

Denker empfiehlt bei den Radicaloperationen der Kiefer- und Stirnhöhlenempyeme auch bei Anwendung der Allgemeinnarkose, um den Blutverlust einzuschränken, die Infiltrationsanästhesie in der gleichen Weise auszuführen, als wenn ohne Allgemeinnarkose operirt wird. Um die Blutung bei Ausräumung des Siebbeinlabyrinths herabzusetzen, muss die Nase in ihrer oberen Partie sorgfältig mit in Cocain-Suprarenin getränkten Tupfern austamponirt werden. Bei der Fortnahme der knöchernen lateralen Wand des unteren Nasenganges ist der untere Nasengang zu anästhesiren und anämisiren. Um das Herabfliessen von Blut und Eiter zu verhüten, müssen die Choanen gut tamponirt werden oder die perorale Tubage verwendet werden. Wenn man in der angegebenen Weise vorgeht, sind die grossen Eingriffe mit nur ganz geringem Blutverluste auszuführen.

Discussion:

Killian-Berlin spricht über seine Erfahrungen mit der Localanästhesie bei Stirn- und Kieferhöhlenoperationen nach den Vorschriften von Braun und empfiehlt die Arbeiten dieses Autors zum Studium. Er erwähnt noch kurz Versuche zur Anästhesirung des Ganglion Gasseri.

v. Eicken-Giessen empfiehlt bei der Radicaloperation der Kieferhöhle zur Anästhesirung der medialen Wand noch besonders eine Injection an der medialen Seite der Apertura pyriformis in die Nase hinein. Bei der Radicaloperation der Stirnhöhle führt er Tampons in die Nase ein und bedient sich aussen der Infiltrationsanästhesie. Auch bei Operationen in Narkose scheinen ihm Injectionen, wie sie Denker empfiehlt, ein ausserordentlicher Vortheil zu sein wegen Verminderung des Blutverlustes.

Kahler-Freiburg bespricht die septale Stirnhöhlenoperation (Grünwald) im Anschluss an die Killian'sche Operation bei doppelseitiger Stirnhöhleneiterung und theilt einen hierher gehörigen operativen Fall mit.

Marschik-Wien hat bei Killian'scher Radicaloperation sowohl mit der Infiltrations- als auch mit der Leitungsanästhesie gute Erfahrungen gemacht. Statt des Gebrauchs von Meisseln empfiehlt er Fraise und Kreissäge, besonders noch da, wo eine perforirende Complication nicht ausgeschlossen ist. Die von Kahler erwähnte septale Operation bei doppelseitiger Killian'scher Operation hat er in einer ganzen Reihe von Fällen angewendet; sie hat sich ausgezeichnet bewährt. Er warnt jedoch davor, die Operation bei jungen Individuen, wo die Verknöcherung zwischen Siebbein und Stirnbein nicht eingetreten ist, vorzunehmen oder wenigstens nur mit äusserster Vorsicht.

Siebenmann-Basel hat die Leitungsanästhesie nicht angewendet, sondern neist submucös und subcutan injicirt. Besonderen Werth legt er auf die Anästheirung und Anämisirung der Schleimhaut der zu operirenden Hohlräume. Er nacht darauf aufmerksam, dass man bei der Anwendung von Novocain, Adrenalin ınd Cocain-Adrenalin ab und zu da, wo man nähen muss, nicht prima intentio ekommt.

Peyser-Berlin hat bei Kieferhöhlenoperationen vielfach die Leitungsnästhesie nach der „Methode der vier Punkte" mit der sog. Freienstein'schen pritze angewendet.

Spiess-Frankfurt hat gefunden, dass, wenn man in Narkose operirt und leichzeitig Localanästhesie mit Zusatz anämisirender Substanzen verwendet, die lutungen sehr viel stärker sind, als wenn man sich der letzteren ohne Narkose edient. Seit einiger Zeit hat er die Blutungen in der Narkose dadurch auf ein inimum beschränken können, dass er die Einspritzung vorgenommen hat, so nge der Patient noch nicht ganz eingeschlafen war.

Ritter-Berlin bespricht das verschiedenartige Verhalten der Lamina cri-rosa zum Septum interfrontale in anatomischer Beziehung.

Ruprecht-Bremen kann die Injection in die Fossa pterygopalatina nach raun nicht empfehlen. Sie ist nach seiner Erfahrung nicht zweckentsprechend.

v. Eicken bemerkt, dass die Methode der Septumresection bei doppelseitiger irnhöhlenaffection nicht von Grünwald zuerst, sondern von einem französischen llegen Laurens vor 7—8 Jahren empfohlen worden ist.

Hoffmann-Dresden bestätigt die guten Erfahrungen bei Operationen der irnhöhle nach dem Verfahren von Braun. Bei Operationen in Narkose injicirt , um Blut zu sparen, seit Jahren eine schwache Suprareninlösung (8 Tropfen f 10—20 ccm physiologischer Kochsalzlösung) und empfiehlt dies. Zur Anthesie der Höhlenschleimhaut, wenn man diese entfernen will, bedient er sich ier 10—20proc. Alypinlösung.

Denker (Schlusswort) weist auf die Gefährlichkeit der septalen Stirnhöhleneration hin. Bei Nähten mit vorausgegangener Infiltrationsanästhesie einschliessh Verwendung anämisirender Substanzen hat er immer prima intentio erreicht, nicht vorher eine Fistel da war. Bei Anwendung von Alypin statt Cocain ıss man bedenken, dass die gefässcontrahirende Wirkung geringer ausfällt.

7. W. Schmiedt-Leipzig-Plagwitz: Beitrag zur Eröffnung der Stirnihle von aussen.

Schmiedt empfiehlt, bei der Eröffnung der Stirnhöhle von aussen und des irnnasenganges, den Stirnfortsatz des Oberkiefers stehen zu lassen und mehr n der Seite her den Ductus nasofrontalis freizulegen, ähnlich wie bei der uhnt-Grünwald'schen Siebbeinoperation vorgegangen wird.

8. Manasse-Strassburg i. E.: Demonstrationen zur Lehre von den imären Fibromen der Nebenhöhlen.



Manasse demonstrirt zwei primäre Fibrome der Kieferhöhle und ein primäres Fibrom der Keilbeinhöhle makroskopisch und mikroskopisch. Alle drei sind harte Fibrome nach dem Typus der Schädelbasisfibrome gebaut; ferner zeigt er zum Vergleich einen grossen cystischen Polypen der Kieferhöhle, histologisch wie die Schleimpolypen gebaut.

9. Spiess-Frankfurt a. M.: Die conservative Behandlung hypertrophischer Gaumenmandeln.

Die Behandlung durch pathologische Processe vergrösserter Gaumenmandeln sollte weniger schablonenhaft werden. Zur Zeit sind die operativen Verfahren, in erster Linie die Enucleation, als Radicaloperation an der Mode. Einem solchen Verallgemeinern glaube ich nicht das Wort reden zu können. Solange es nicht einwandsfrei feststeht, welchen physiologischen Functionen das Mandelgewebe zu dienen hat, halte ich eine kritiklose Entfernung derselben für nicht erlaubt.

Da die Gaumenmandeln wie die Rachenmandel einer physiologischen Rückbildung unterliegen, die mit dem 20. Jahre etwa beendet sein dürfte, so dürfte bei der Indicationsstellung hierauf in erster Linie Rücksicht zu nehmen sein.

Beim Erwachsenen halte ich es für gleichgültig, wenn die Mandel total entfernt wird, da sie wohl keinen besonderen Werth hat. Beim Kinde dagegen ist es, solange obige Frage noch nicht sicher beantwortet ist, durchaus nicht einerlei.

Hier sollten wir das doch auch sonst gültige Heilziel uns vorstecken, die Restitutio. Wir sollen mit allen Mitteln versuchen, das krankhaft veränderte Organ wieder normal zu gestalten, damit es seiner Aufgabe voll genügen kann. In vielen Fällen lässt sich dies nun durch eine einfache conservative Methode erreichen. Sie besteht darin, dass man die Lacunen der Mandeln gründlich reinigt, wobei mir das kleine wattearmirte Mandelhäkchen die besten Dienste erwiesen hat. Die Watte wird mit 5proc. Novocainlösung getränkt und jede Tasche damit ausgetupft. Die Behandlung muss 3—4 Wochen fortgesetzt werden, was um so leichter durchzuführen ist, als ich die Behandlung in die Hände der Eltern oder Pfleger lege.

Von der conservativen Behandlung soll man bei Kindern abgehen, wenn Allgemeininfectionen: Gelenkrheumatismus, Endocarditis etc. in Frage kommen: dann ist allein der radicalste Weg am Platze. Mandeln, die durch ihre gewaltige Grösse Störung für Athmung und Nahrungsaufnahme bilden, lasse ich nur partiell entfernen.

Die chronische Tonsillitis Erwachsener behandle ich auf die gleiche Weise conservativ anfänglich, nur dass ich kein Bedenken trage, jeder Zeit auch zu radicaleren Verfahren in Anwendung zu bringen.

Discussion.

Goldmann: Die Indication für die Totalexstirpation der Mandel muss präciser gestellt werden. Die häufigste Erkrankung der Mandel, die zur chronischen Infection führt, sind die Mandelpfröpfe. G. hat zumeist nur die obersten zwei Drittel der Mandel entfernt, weil gewöhnlich das unterste Drittel gesund ist. Bei Kindern ist die Behandlung der Nase und eventuell die Entfernung der Rachen-

mandel das wichtigste Erforderniss für Zurückbildung der Mandel und der chronischen Mandelentzündung.

Thost hat beobachtet, dass bei Mädchen während der Pubertät eine Schwellung der Rachenmandel eintritt. Als conservative Behandlung hat er Pinselungen mit Jodtinctur angewendet.

Scheibe empfiehlt, wie das auch Siebenmann thut, zur Entfernung der Tonsillarpfröpfe die Ausspülung derselben mit einem Röhrchen, wie man es für die Ausspülung der Kieferhöhle von der Nase aus verwendet. Bei Recidiven lernen es die Patienten ganz gut, sich selbst auszuspülen.

Heymann-Berlin will beobachtet haben, dass alte chronische Tonsillaraffectionen nach einem längeren Aufenthalt an der Nordsee zurückgegangen sind.

Killian giebt seiner Freude darüber Ausdruck, dass bei Zeiten bei uns in Deutschland gegen die häufige Anwendung der Totalexstirpation der Tonsillen gebremst wird.

Seifert stimmt der conservativen Behandlung bei und empfiehlt ebenfalls die Ausspritzung. Das Haupterforderniss ist, dass man bei chronischen hypertrophischen und mit Secretstauung einhergehenden Tonsillitiden eine regelmässige Entleerung der Krypten vornimmt und die Mandeln durch den Reiz von Jodtinctur oder Lugol'scher Lösung zur Verkleinerung bringt.

Hoffmann ist sehr für präcise Indicationsstellung bei Exstirpation der Gaumenmandel. Als conservative Behandlung empfiehlt er Auspinselung der Lacunen mit 2 proc. spirituöser Malachitgrünlösung.

Wilberg-Bremen erinnert an eine von Tornwaldt-Danzig vor etwa dreissig Jahren sehr empfohlene Ausspritzung mit 1 proc. Chlorzinklösung.

Spiess (Schlusswort) betont nochmals, dass die Grundlage der Mandelbehandlung die conservative Methode sein muss. Die Ausspritzungen können nur von Nutzen sein, wenn wirklich sämmtliche Lacunen ausgespritzt werden. Mit der Aetzung von Jod und Chlorzink erreicht man wohl eine Verkleinerung der Mandeln, aber nicht eine normal functionirende Schleimhaut. Deswegen empfiehlt er Novocainlösung mit dem Wattepinsel anzuwenden.

10. Schmeden-Oldenburg i. Gr.: Während des letzten Jahres im Oldenburger Land beobachtete Fälle von Uebertragung der Maul- und Klauenseuche der Thiere auf Menschen.

Schm. berichtet über 43 im Oldenburger Land im letzten Jahr gesammelte Fälle von Uebertragung der Maul- und Klauenseuche der Thiere auf Menschen. Bei der Schwere der Epidemie bei den Thieren ist die Zahl eine äusserst geringe und zeigt, dass die Thierseuche nur verhältnissmässig schwer auf Menschen übertragen wird. Die häufigsten Ursachen sind Genuss roher Milch seuchenkranker Thiere und mangelnde Vorsicht bei der Pflege derselben. Die Krankheitserscheinungen bestanden in fieberhafter Allgemeinerkrankung mit Verdauungsstörungen und Auftreten von bald platzenden Blasen im Munde und in einigen Fällen auch im Auftreten von Blasen an Händen und Füssen. Die Fälle verliefen durchweg leicht, doch nahm auch ein Fall letalen Verlauf.

Discussion.

Thost hat bei der Epidemie der Maul- und Klauenseuche, die in den beiden letzten Jahren in Holstein eine ganz enorme Ausdehnung erreicht hat, keinen einzigen Fall in Hamburg und dessen Umgebung feststellen können, wo eine Uebertragung auf den Menschen stattgefunden hätte und möchte fast behaupten, dass die Maul- und Klauenseuche sich nicht auf den Menschen überträgt.

Kahler spricht sich auf Grund eigener Beobachtungen für die Uebertragbarkeit der Maul- und Klauenseuche auf den Menschen aus.

Wilberg berichtet über einen Fall mit aphtenähnlichem Ausschlag im Munde, wofür als Ursache von der betr. Patientin der Genuss einer aus einem verdächtigen Gehöft stammenden Milch angegeben wurde.

Seifert unterscheidet bei der Uebertragbarkeit zwei Punkte: 1. die directe Uebertragbarkeit auf jene Personen, die mit dem kranken Thiere zu thun haben und 2. die Uebertragbarkeit, die mittelbar durch die Milch geschieht. Ist auch der specifische Erreger der Maul- und Klauenseuche beim Rinde noch nicht bekannt, so giebt es doch zweifellos Fälle, wo durch die Milch beim Menschen eine ganz besondere, von den gewöhnlichen aphthösen Stomatitiden verschiedene Art, namentlich von Mundinfection hervorgerufen wird. Derartige Affectionen sind besonders bei kleinen Kindern sehr schmerzhaft. Auch ist der Fötor ausserordentlich unangenehm. Es genügt, zur Reinigung des Mundes mit einem Ballon oder einer Mundspritze abgekochtes Wasser oder Wasserstoffsuperoxyd einzuspritzen, was auch gelingt, wenn die Zahnreihen nicht von einander entfernt sind. Bei sehr starker Schmerzhaftigkeit nimmt man 5 ccm einer Alypinlösung. Wenn man den Kopf des Kindes bei diesen Proceduren nach vorn beugen lässt, ist Aspiration nicht möglich.

Schmeden (Schlusswort) hält daran fest, dass die 43 Fälle, über die er berichtet hat, sicher auf Uebertragung von Thieren beruhen. Er hat übrigens angeregt, dass versuchsweise (eventuell an einer thierärztlichen Hochschule) von erkrankten Menschen eine Infection auf Thiere erprobt werde.

11. Elsasser-Hannover: Ueber Inhalation von warmer mit vergasten Medicamenten vermischter Luft nebst Vorführung eines neuen Apparates zu diesem Zwecke.

Kurze Besprechung der verschiedenen Systeme zur Inhalation. Historischer Rückblick, worin gezeigt wird, dass schon früher gerade heisse Luft zu Inhalationszwecken verwendet wurde. Vorführung eines neuen, elektrisch betriebenen Apparates, mittelst welchem die strömende heisse Luft gleichzeitig imprägnirt wird mit verschiedenen vergasten Medicamenten. Sodann an der Hand einiger Krankengeschichten Indicationsstellung für Anwendung dieser neuen Methode.

12. F. Siebenmann-Basel: Schädeltrauma als Ursache von gleichseitiger Schlund-Kehlkopf-Nackenlähmung.

Siebenmann hat, durch einen hierher gehörigen eigenen Fall veranlasst, die durch Schädelbruch entstandenen Fälle von ein- und gleichseitiger Schlund-Kehlkopflähmung gesammelt und — seine Beobachtung mit eingerechnet — deren

9 gefunden, bei welchen ausserdem eine Nackenlähmung bestand; in weiteren 3 Fällen dagegen fehlt letztere. Unter Berücksichtigung des von Wiedner und Reich festgestellten Symptomencomplexes nach Vagotomie kommt er auf Grund seines klinischen und pathologisch-anatomischen Materials zu dem Schlusse, dass dem sog. Avellis'schen Syndrom eine blosse, aber totale Vaguslähmung zu Grunde liegt, während das sog. Schmidt'sche Syndrom durch eine gemeinsame Vagus- und Accessoriusparalyse verursacht wird. Der Accessorius, so wie er aus dem Hirn austritt und sich ins Foramen jugulare hineinsenkt, besitzt nur motorische Function und zwar nur für die äusseren Halsmuskeln — den Sternocleido und Cucullaris. — Der Umstand, dass etwa in der Hälfte der Fälle die Sensibilität auf der gelähmten Schlund- und Kehlkopfhälfte erhalten geblieben ist, erklärt sich durch die von anderer Seite nachgewiesene Kreuzung der Endfasern der sensiblen Vagusfasern über die Mittellinie hinüber. Das Nämliche dürfte auch zutreffen für die Geschmacksfasern des Glossopharyngeus.

13. Siebenmann-Basel: Die Methode der Schädelmessung bei Ozaenakranken. (Demonstration.)

14. Oppikofer-Basel: Ausgüsse von Larynx und Trachea in strumöser Gegend.

Bei 120 Individuen von 1 Monat bis 86 Jahren wurden Kehlkopf- und Luftröhreninneres mit einem Gemisch von Wachs (10 Theile), Paraffin (2 Theile) und Colophonium (1 Theil) ausgegossen. Diese Ausgüsse veranschaulichen 1. den grossen Unterschied in der Grösse von Kehlkopf und Trachea bei Mann und Frau, 2. die grossen individuellen Schwankungen in Länge und Caliber bei Kindern und Erwachsenen in ein und demselben Alter und 3. die verschiedenartigen Stenosen der Trachea durch Strumadruck.

Discussion.

Killian: Durch die Herausnahme der Luftröhre werden die Verhältnisse derselben so verändert, dass man keine maassgebende Vorstellung von denen am Lebenden erhält.

v. Eicken bemerkt, dass besonders Präparate von Compressionsstenosen nie vollkommen naturgetreu ausfallen können, da an der Leiche im Vergleich zum Lebenden der Gefässdruck und der Druck der Musculatur fehlen.

Brünings-Jena hat, um einigermaassen richtige Bilder des Kehlkopfes und der Luftröhre beim Lebenden zu bekommen, schattengebende Pulver (Dermatol, besser Jodoform) eingeblasen und Röntgenaufnahmen gemacht. Er empfiehlt dies auch für Strumenaufnahmen.

Thost bemerkt, dass das eingeblasene Pulver sich nie gleichmässig vertheilt und jeder Hustenstoss, jedes Schlucken das Bild verändert.

15. R. Steiner-Prag: Zur Kenntnis der primären Kehlkopftuberculose.

Der Autor berichtet über einen interessanten Fall von primärer Kehlkopftuberculose bei einem 31jährigen Individuum, das seit $1^1/_2$ Jahren an Heiserkeit

laborirte und 10 Wochen vor dem Tode das laryngoskopische Bild einer bereits vorgeschrittenen Kehlkopftuberculose ohne klinisch nachweisbaren Lungenbefund zeigte. Bei der von Prof. Ghon genauestens durchgeführten Section des nach mehrmonatiger Behandlung einer plötzlichen Asphyxie erlegenen Mannes wurden die Lungen bei ausgedehnter Kehlkopftuberculose frei von tuberculösen Veränderungen gefunden. Hervorhebenswert ist, dass die aufs Gründlichste durchgeführten mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen zwecks exacten Nachweises der primären Infection sich nicht nur auf Lunge und Larynx beschränkten, sondern auch auf die regionären Lymphdrüsen des ganzen Respirationstractes, weiter auf die Halslymphknoten, Tonsillen und andere Organe ausgedehnt wurden, wobei sich Residuen eines abgelaufenen, anatomisch ausgeheilten, tuberculösen Processes im unteren Respirationstracte (Lymphknoten vom rechten Lungenhilus), sowie Tuberculose der einen Tonsille gezeigt hatten. Verf. erörtert dann nach Vorführung der einschlägigen histologischen Befunde im Anschlusse an die Erörterung über die Möglichkeit des Infectionsmodus genauestens die Pathogenese dieses Falles. Nach einer Besprechung der wenigen, genügend untersuchten Fälle der Literatur schliesst der Verf. mit der Forderung genauer histologischer Untersuchung auch sonst makroskopisch nicht veränderter Theile des Respirationstractus, da erst dadurch ein Urtheil über das gegenseitige Verhältniss und die zeitliche Aufeinanderfolge der verschiedenen tuberculösen Veränderungen ermöglicht wird.

Discussion.

Seifert.

16. Gutzmann-Berlin: Ueber die Darstellung der Vocale mit einfachen Resonatoren.

Vortr. verwendet eine Röhre von 50 cm Länge mit einer Oeffnung von 2,5 mm, in welcher ein Korkstöpsel bequem hin- und herbewegt werden kann. In diesem steckt, ihn durchbohrend, ein Glasrohr, dessen Lumen $^1/_2$ cm beträgt und dessen Lage durch einen Stützpfropfen im Centrum des Röhrenlumens gehalten wird. In dieses Glas wird durch einen Schlauch der Ton einer gewöhnlichen membranösen Jahrmarktspfeife geleitet, welcher durch ein Gebläse angeblasen wird. Auf diese Weise wird der je nach der Stellung des Korkes in der Röhre verschieden grosse Resonanzraum durchblasen und in der Periode der Pfeife erschüttert. Hat der Resonanzraum eine Länge von ca. 6 cm, so ertönt ein deutliches, unzweifelhaftes A, bei 3,5 cm verwandelt sich dies in ein K, bei 2,5 cm in ein E, bei etwa 1 cm Länge in ein allerdings dumpfes I, bei 16—17 cm ertönt ein geschlossenes O, bei 10 cm ein offenes O, bei 32 cm ein deutliches U. Die jeweilige Centimeterzahl entspricht offenbar $^1/_4$ x des betreffenden Resonanztones.

Es ist bemerkenswerth, dass die Vocale nicht entstehen, wenn der Ton der membranösen Pfeife vor die Oeffnung des Resonators in der gewöhnlichen Weise geleitet wird, nur bei der Durchblasung gelingt das Experiment, entsprechend den kürzlich von Hermann angegebenen Versuchen. Verfertiger: Mechaniker Ganske, Zehlendorf bei Berlin.

Discussion.

Sokolowsky-Königsberg: Die Ausführungen des Herrn Vortragenden sind eine sehr glückliche Erweiterung der Experimente von Willis, welcher ebenfalls Zungenpfeifen verwendete, die er mit cylindrischen Ansatzröhren veränderlicher Länge verband, um durch das verlängerte Ansatzrohr verschiedene Vocale hervorzubringen.

Gutzmann (Schlusswort) betont die Einfachheit und Billigkeit seines Verfahrens.

17. H. Gutzmann-Berlin: Ein handlicher Reiseapparat für experimentell-phonetische Untersuchungen.

Ein kleiner Apparat, der mit einem fertig berussten Papierstreifen von 25 m Länge versehen ist. Zwei Schreibkapseln gestatten die gleichzeitige Registrirung von Brust- und Bauchathmung resp. die Registrirung der Nasen- und Mundluftbewegungen. Eine dritte Kapsel verzeichnet die Stimmvibrationen. Durch verschiedene Anordnung können verschieden grosse Geschwindigkeiten erzielt werden. — Der Apparat ist so klein, dass er in seiner Gesammtheit epidiaskopisch demonstrirt und in Thätigkeit gezeigt werden kann.

18. Sokolowky-Königsberg i. Pr.: Analytisches zur Registerfrage. (Aus dem Physiologischen Institut der Universität Königsberg i. Pr.)

Vortragender präcisirt zunächst seine Stellung in der Registerfrage. Sodann berichtet er über seine im physiologischen Universitätsinstitut angestellten Untersuchungen über die Registerdreitheilung der Frauenstimme (Brust-, Mittel-, Kopfstimme).

Zur Aufnahme, Reproduction und Registrirung der Schallcurven kam die phono-photographische Methode in Anwendung. Die Analyse der gewonnenen Curven wurde nach Fourier vorgenommen, unter Zuhülfenahme des Hermann-schen Schablonenverfahrens. Das Resultat war folgendes:

a) Bei dem Brustregister der Frauenstimme ist die Grundtonamplitude sehr viel weniger hoch als bei der Mittelstimme; d. h. die übrigen Partialtöne dominiren im Verhältniss zur Stärke der Grundtonamplitude bei der Bruststimme mehr als bei der Mittelstimme.

b) Die Mittelstimme hat stärkere Obertöne als die Kopfstimme.

Discussion.

Gutzmann: Das Register hängt nicht allein von den verschiedenen Arten der Stimmlippen ab; es kommen auch Veränderungen im Ansatzrohr in Betracht (z. B. Spannung des Gaumens, Haltung der Zunge).

Sokolowsky (Schlusswort).

19. Ephraim-Breslau: Ueber Anästhesirung zum Zweck der Tracheo-Bronchoskopie.

Die Anästhesirung zum Zwecke der Tracheo-Bronchoskopie soll

1. ungefährlich, 2. wenig belästigend sein, 3. die Dauer der Untersuchung resp. des Eingriffs möglichst abkürzen.



Daher empfiehlt sich:
ad 1. die Verwendung ungiftiger Mittel,
ad 2. die Application mittels des Spray,
ad 3. die Anästhesirung auch der Trachea und der Bronchien vor Einführung des Tubus.
Kurze Beschreibung der Technik.

20. Mann-Dresden: Schädigung des Tracheobronchialbaums in Folge von Lymphdrüsenanthrakose.

Nach einer pathologisch-anatomischen Einleitung, die in Kürze die Resultate Riebold's giebt, beschreibt Mann einen Fall von Lymphdrüsendurchbruch in den linken Hauptbronchus, den er im Bronchoskop beobachten, abtragen und zur Heilung bringen konnte.

Ad. Schmidt hat früher klinisch beobachtete Fälle beschrieben, bei denen die Drüsendurchbrüche zu Lungencomplicationen geführt hatten.

Schwerer verlaufen im Allgemeinen diejenigen Fälle, bei denen durch Verlöthung von Oesophagus und Bronchus ausser dem Drüseninhalt Speisetheile in die Luftwege gerathen. Riebold hat dieses Krankheitsbild zunächst retrospectiv construirt, indem er nach erfolgter Autopsie aus Krankengeschichten Symptome und Befund zusammenstellte. Bei erfolgtem Durchbruch geht die Temperatur in die Höhe, es tritt starkes Husten auf mit heftigen Brustschmerzen. Objectiv: bronchitische Geräusche oder ein umschriebener pleuro-pneumonischer Herd. Die Krankheit verläuft in Etappen, weil sich die Perforationsstelle periodisch zu verkleben scheint.

In einem Falle von Schmaltz wurde die Diagnose mit grösster Wahrscheinlichkeit am Lebenden gestellt. Es wird in Zukunft gelingen, die bronchoskopische Bestätigung solcher Fälle zu erbringen.

Ein besonderes Krankheitsbild bilden die Fälle reiner Compressionsstenosen am Tracheobronchialbaum durch anthrakotische Drüsen. Mann bringt auch hierzu einen casuistischen Beitrag.

Discussion.

Killian berichtet über einen Fall von Lungenstein, der sich spontan entleerte und dessen Durchbruchsort die vorgenommene Bronchoskopie an einer Stelle mit Sicherheit vermuthen liess.

21. Ephraim-Breslau: Demonstration von Radiogrammen und Präparaten zur bronchoskopischen Diagnose von primären Lungentumoren.

In drei Fällen, in denen die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit auf Tuberculose gestellt war, ergab die bronchoskopische Probeexcision Sarkom resp. Carcinom. Letzteres auch im 4. Fall, in dem lediglich die klinischen Erscheinungen einer eitrigen Bronchitis resp. Bronchiectasie bestanden und das Röntgenbild fast normal war. Im 5. Fall wurde Lungenechinococcus vermuthet, durch die bronchoskopische Excision jedoch Endotheliom festgestellt. Im 6. Falle wurde neben Amyloid des Kehlkopfs auch solches der Trachea und der Bronchien nachgewiesen.

Im 7. Fall erbrachte die Untersuchung die Entscheidung für Mediastinaltumor gegen Aortenaneurysma, im 8. ergab sie lediglich den Nachweis einer fast absoluten Compression des linken Bronchus, ohne deren Ursache feststellen zu können.

Der Vortragende betont auf Grund derartiger Beobachtungen von neuem den Werth der Bronchoskopie auch für die innere Medicin.

Discussion:

Killian erwähnt zwei kürzlich beobachtete Fälle, wo durch die Bronchoskopie einmal die Diagnose Carcinom, ein andermal Papillom gestellt werden konnte.

Ephraim-Breslau: (Schlusswort).

22. Killian-Berlin demonstrirt die Schwebelaryngoskopie an einem Patienten.

Das Verfahren besteht darin, dass ein Spatel von geeigneter Form in den Mund und Rachen eingeführt wird, welcher zugleich den Kehldeckel mitfasst. Der Stiel des Spatels hat die Gestalt eines Hakens und kann an einer besonderen Vorrichtung, dem Galgen, aufgehängt werden. Ist dies geschehen, so hängt der Kopf des Patienten frei am Zungenspatel und zieht mit seiner ganzen Schwere gleichmässig die Weichtheile des Mundbodens gegen den Spatel. Wird das Instrument richtig dirigirt, so kommt die ganze Mundrachenhöhle und auch das Kehlkopfinnere mit einem Theil der Luftröhre, ferner ein Theil des Hypopharynx zur Anschauung.

K. zeigt zunächst, dass die fragliche Haltung leicht ertragen werden kann, auch ohne Narcotica und Cocain. Er benutzt zu diesem Zweck einen kurzen Zungenspatel.

Dann wird der Patient am Kehldeckel und im Larynx cocainisirt und ein langer Spatel eingeführt. Auch dieses Verfahren erträgt der Patient hinreichend lange, so dass jeder Einzelne der Versammlung Gelegenheit hat, sich von der Bedeutung der neuen Methode eine richtige Vorstellung zu bilden.

Wenn es sich um operative Eingriffe im Kehlkopf handelt, so kommt ausser dem Cocain bei Kindern die Chloroformnarkose, bei Erwachsenen der Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf zur Anwendung.

In über 50 Fällen von Larynxtuberculosen, Papillomen etc. hat die Schwebelaryngoskopie schon gute Dienste geleistet.

23. W. Brünings-Jena: Ueber die Dauerresultate der Paraffinplastik bei Recurrenslähmung.

Vortragender berichtet über 5 weitere nach seiner Methode behandelte Fälle, die Indicationsstellung, Technik der Injection und Nachbehandlung. Die bei den ersten Fällen über 1 Jahr zurückreichende Beobachtungszeit hat gelehrt, dass die Paraffinplastik der atrophischen Stimmlippe nicht nur reactionslos einheilt und ohne Störungen ertragen wird, sondern dass die Besserung der Stimme, abgesehen von der momentanen Wirkung, im Laufe des ersten Jahres ohne weitere Uebungen noch ständig fortschreitet. Bei dem ältesten Falle ist irgend eine Stimmanomalie überhaupt nicht mehr zu bemerken, obwohl die injicirte Stimmlippe völlig starr in der Medianlinie steht. Einen Misserfolg hat Vortr. bei seinen bisherigen 8 Fällen

nicht erlebt, wenn auch das Endresultat ein verschieden vollkommenes ist. Er empfiehlt deshalb seine Methode dringend zur allgemeinen Anwendung.

Discussion.

Killian bittet, einmal einen Fall in der Versammlung zu demonstriren.

Brünings (Schlusswort) erwähnt noch Einiges bezüglich der Frage, wie lange solcher Erfolg dauert. Er hat Stein'sche Paraffinmischung benutzt. Hartparaffin ist von dauerhafterer Wirkung, aber es macht entzündliche Reactionen und kann nur erwärmt injicirt werden. Das sogenannte plastische Paraffin in der allgemein gebräuchlichen Mischung fällt mit der Zeit der Zersetzung in einzelne Gruppen anheim. Eine wirkliche Resorption ist dagegen nicht einwandsfrei nachgewiesen. Eventuell könnte man aber die Paraffininjection wiederholen. — Die Injection von Fett, wie sie Brünings im vorigen Jahr vorgeschlagen hat, hat sich nicht bewährt.

24. Brünings-Jena: Messung der Luftdurchgängigkeit einer und beider Nasenseiten ohne Anwendung von Instrumenten.

Vortr. misst mit der Stoppuhr die Zeitdauer, in welcher die individuelle vitale Capacität durch eine Nasenseite ein- und ausgeathmet werden kann. Addirt man die für beide Nasenseiten gefundenen Werthe (in Secunden) und dividirt die Summe durch 4, so erhält man die Gesammtluftdurchgängigkeit der Nase, welche in der Norm 1 (Sek.) beträgt. Schreibt man dafür $^1/_1$, so wird das Ergebniss der Prüfung gleich in Bruchtheilen der Norm ausgedrückt.

Die Methode hat vor Manometerversuchen den Vorzug, dass sie Luftbedarf und Kraft der Athemmuskulatur individuell berücksichtigt und keinerlei Instrumente erfordert. Die kurze einheitliche Prüfungsformel drückt ausserdem die Gesammtdurchgängigkeit in Bruchtheilen der Norm aus und gibt die Vertheilung der Luftmasse auf beide Nasenseiten an.

Discussion.

Peyser-Berlin hat zum Vergleich der Luftdurchgängigkeit beider Nasenseiten die Zwaardemaker'sche Luftbrücke benutzt, verbunden mit Messung der Athmungszeit mittels Stoppuhr.

Ephraim bemerkt, dass die von Brünings benutzten Constanten (Verhältniss der einzuathmenden Luft zu der Zeit, die für die Aufnahme der Einathmung erforderlich ist) keine Constanten im eigentlichen Sinne des Wortes sind. Es scheine ihm die Methode für die Praxis wenig verwerthbar.

Spiess erinnert an folgende eigene Methode, um dem Patienten zu zeigen, dass die eine Nasenseite verengt ist. Man lässt den Patienten mit geschlossenem Mund einen Ton summen und hält abwechselnd das eine und das andere Nasenloch zu. In der weiteren Nasenseite bemerkt man eine sehr geringe Tondifferenz, in der engen eine sehr starke Aenderung.

Brünings (Schlusswort) betont, dass er seinen Vortrag absichtlich „Messung der Durchgängigkeit ohne Apparate“ genannt habe. Die Einwände des Herrn Ephraim erkennt er nicht an.

25. Otto Kahler-Freiburg i. Br.: Ueber Bronchostenose bei Vorhofsvergrösserung.

Angeregt durch die Arbeiten von Stoerk und Kovacs über die Pathologie des Herzens und die topographischen Beziehungen des vergrösserten Herzens zu den übrigen Organen des Mediastinums hat K. eine Anzahl von Kranken mit Herzfehlern bronchoskopisch untersucht, um zu prüfen, ob die von Stoerk an Ausgüssen des Tracheobronchialbaumes nachgewiesenen, durch den vergrösserten Vorhof bedingten Stenosen der Bronchien auch in vivo nachzuweisen, ob dieselben nur in der Diastole zu sehen oder dauernd zu finden seien. Untersucht wurden 11 Fälle von Mitralstenosen, 1 Fall von reiner Mitralinsufficienz und 1 Fall von Aorteninsufficienz. In allen Fällen von Mitralstenose fanden sich deutliche Verengerungen des linken Bronchus, entsprechend der Vorhofdilatation graduell verschieden von ganz leichten Abflachungen der Bronchialwand im vorderen, unteren Quadranten bis zu sehr beträchtlichen Stenosen. In dem Falle von reiner Mitralinsufficienz war keine Stenose des linken Bronchus zu constatiren, hier lag auch kein Grund für eine Vorhofsdilatation vor. In dem Falle von Aorteninsufficienz fand sich eine leichte Abflachung des linken Bronchus wohl als Folge der Hochdrängung des linken Atriums durch den mächtig vergrösserten linken Ventrikel.

Typisch sind auch die pulsatorischen Phänomene, man sieht stets deutliche pulsatorische Hebung der unteren Wand des linken Bronchus, bei jugendlichen Personen wohl wegen der grösseren Nachgiebigkeit der Bronchialwand eine deutliche, diastolische Zunahme der Stenose. Der Befund ist so typisch, dass bei Constatirung desselben schon bronchoskopisch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Mitralstenose gestellt werden kann. Dies geschah bei zwei zwecks Feststellung der Ursache einer Recurrenslähmung bronchoskopirten Individuen, bei denen die auf bronchoskopischem Wege gestellte Diagnose durch die interne Untersuchung ihre Bestätigung fand.

Discussion.

Ephraim möchte auch über das Verhalten des Oesophagus in diesen Fällen Aufschluss haben.

Kahler (Schlusswort) hat in seinen Fällen die Oesophagoskopie nicht vorgenommen, doch findet sich nach den Untersuchungen von Kovacs und Störck bei starker Vorhofsvergrösserung regelmässig Stenose des Oesophagus.

26. W. Uffenorde-Göttingen: Erfahrungen über die chronische hyperplastische Entzündung in den Nasennebenhöhlen und ihre radicale Operation in Localanästhesie.

Vortr. weist darauf hin, dass die einfache hyperplastische Entzündung — in seinem in der Siebbeinmonographie (Fischer 1907) niedergeschriebenen Sinne — nicht allein im Siebbein, sondern auch in den anderen Nebenhöhlen ziemlich oft anzunehmen ist. Auch in Fällen von Rhinitis hypertrophica chronica ist nicht selten damit zu rechnen und erklärt manchen Misserfolg in der Behandlung. Die retronasalen Polypen können auch vom Siebbein aus entstehen. In recidivirenden Fällen ist die Radicaloperation von Kieferhöhle und Siebbein oft geboten. Vortr.

plaidirt dafür, in sehr veralteten, wiederholt vergeblich operirten Fällen von Ethmoiditis hyperplastica mit Polypenrecidiven nach Jaques und Ritter von aussen radical zu operiren, da man endonasal das gesammte Siebbein niemals aufdecken kann und ausserdem auch die Stirnhöhle etc. mit befallen zu sein pflegt. Die Operation soll man in Localanästhesie machen. Vortr. hat seine Skepsis gegen dieses Vorgehen vollkommen aufgegeben. Die Localanästhesie bietet viele Vortheile, sie lässt sich sehr gut durchführen. $^{1}/_{2}$—1 Stunde vor der Operation wird 1 ccm Skopomorphin gegeben. Es ist dabei hervorzuheben, dass die endonasale Siebbeinausräumung in ausgedehnten Fällen für den Patienten oft grosse Unannehmlichkeiten hat, da die Anästhesie trotz allen Bemühens oft zu wünschen übrig lässt.

Discussion.

Schmiedt erklärt die Injection in die Gegend des Foramen ethmoidale ant. wegen der Möglichkeit einer Orbitalphlegmone für gefährlich. Patienten mit Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen kommen wegen des absoluten oder relativen centralen Skotoms häufig zuerst zum Augenarzt. Bei genauerer Untersuchung findet man die von van der Hoeve zuerst angegebene Vergrösserung des blinden Flecks.

Marschik-Wien bemerkt, dass an der Klinik Chiari in Wien seit sechs Jahren das Skopomorphin in Verbindung mit Localanästhesie und auch mit Chloroformnarkose verwendet wird, ohne dass jemals, selbst bei schweren Operationen, bedenkliche Erscheinungen gesehen worden sind, die auf die Wirkung des Skopomorphins zu beziehen gewesen wären.

Uffenorde (Schlusswort) hat bei Anwendung von Skopomorphin und Chloroform sehr oft unangenehme Fälle von Athmungslähmung gesehen. Auch muss er einen Todesfall auf das Conto dieser Combination setzen.

Aus der Geschäftssitzung ist hervorzuheben, dass ein Antrag Friedrich-Kiel, Blumenfeld-Wiesbaden und Genossen: Der Verein Deutscher Laryngologen möge Schritte dahin thun, dass bei der Bekämpfung der Tuberculose die Therapie der oberen Luftwege mehr Beachtung finde als bisher, zur Annahme gelangt ist.

Als Ort der nächsten Tagung wurde Stuttgart bestimmt.

Zum ersten Vorsitzenden wurden Siebenmann-Basel und zum stellvertretenden Vorsitzenden Spiess-Frankfurt a. M. gewählt. An Stelle eines erkrankten Vorstandsmitgliedes trat Dr. Blumenfeld-Wiesbaden neu in den Vorstand ein.

---

f) Moskauer Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft vom 29. November 1911.

Feldmann: Fall von Angioma des Pharynx.

Patient wandte sich wegen starken Hustenreizes an den Arzt und erfuhr, dass er an einer Geschwulst im Halse leide. Patient hatte keine Beschwerden, und wenn er nicht an einer Pharyngitis erkrankt wäre, wäre er nie zum Arzt gegangen. Bei der Untersuchung der Mundhöhle ist ein Tumor sichtbar, der sich auf die ganze linke Gaumenmandel erstreckt, von der Grösse einer Kirsche, dunkelvioletter



Farbe. Der Tumor ist zu zwei Drittel mit der Uvula und zu einem Drittel mit dem vorderen Gaumenbogen verwachsen, erstreckt sich nach unten längs der Pharynxwand bis zu den Aryknorpeln und geht theilweise auf das linke Taschenband über. Die Stimmbänder rein und beweglich, obgleich das linke Stimmband weniger beweglich ist als das rechte; Stimme klar, an der hinteren Larynxwand einige verzweigte Gefässe.

Güttelson: Zur Frage der Pathologie und Therapie der Sprachstörungen.

G. bespricht das Stottern. Er hat seine Kranken nach der Gutzmannschen Methode behandelt und gute Resultate erzielt. Ein Fall war besonders interessant deswegen, weil der Patient nur stotterte, wenn er durch das Telephon sprach; sonst aber eine ganz fliessende Sprache hatte. Heilung in einem Monat durch Sprachübungen. Dann demonstrirte G. einen Fall von „Pseudostimme". Es handelte sich um einen 60 jährigen Mann, der August 1911 wegen Carcinom nach Gluck operirt wurde. Er ist Angestellter in einem Comptoir. Innerhalb sechs Wochen gelang es, bei dem Patienten eine „Pseudostimme" zu entwickeln. Es wurden Sprachübungen nach Gutzmann gemacht. Patient spricht ganz verständlich auf 8 m Entfernung.

Bjalo: Zur Frage der Behandlung der Dysphagie bei Larynxtuberculose.

Referent behandelte sehr schwere Fälle von Larynxtuberculose mit Schluckbeschwerden mit Alkoholinjectionen in den N. laryng. sup. nach der Methode von Hoffmann. Die Behandlung wurde an den Patienten des alten Jekaterinen-Hospitals ambulatorisch vorgenommen. Es wurden im Ganzen 33 Injectionen an 23 Patienten gemacht, nur in 11 Fällen konnte man die Wirkung der Injectionen verfolgen, die anderen Patienten kamen nach der 1. Injectionen nicht mehr wieder. Bei allen Patienten wurde nach der Injection eine totale Anästhesie erzielt, welche den Patienten die Möglichkeit gab, vollständig schmerzlos flüssige, wie feste Speisen zu geniessen. Bei den 11 genau beobachteten Fällen dauerte die Anästhesie 32, 23, 17 und 15 Tage, bei 4 Fällen 7, 6, 5 und 2 Tage. Nach der Injection klagten die Patienten, als ob ein Fremdkörper sie störe, beim Geniessen von Speisen; wo man die Injection links gemacht, hatten sie das Fremdkörpergefühl rechts und umgekehrt, bei einigen Patienten ging die feste Speise beim Schlucken leichter als flüssige. Beschreibung der Technik nach Hoffmann. Bei einem Patienten trat am folgenden Tage nach der Injection eine starke Hämoptoe ein, die früher nie bei ihm auftrat und eine leichte Facialisparese, die nach 4 Wochen schwand. Andere Complicationen sind nicht beobachtet. Auf den pathologischen Process hatten die Alkoholinjectionen keinen Einfluss. In einigen Fällen, wo die Anästhesie mehr als 2 Wochen anhielt, konnte man ein geringes Erblassen der Infiltrate und eine ganz unbedeutende Abnahme des ödematösen Zustandes beobachten.

Schlüsse des Referenten: Von allen Methoden der Daueranästhesie a) Stauungshyperämie nach Bier, b) submucöse Injection von Novocain nach Spiess giebt Referent der Methode von Hoffmann den Vorzug; die Hoffmann'sche Methode

hältRef. für einfach, ungefährlich und sie giebt eine Anästhesie, die von 2 Tagen bis 2 Wochen anhält. In schweren Fällen von Larynxtuberculose haben die Alkoholinjectionen nur eine symptomatische Bedeutung. Die Hoffmann'sche Methode ist jedem Arzte, auch Nichtspecialisten zugänglich. Mit Verbesserung der Technik und eventuell Vergrösserung der Dosis von Alkohol wird es vielleicht möglich sein, noch bessere Resultate zu erhalten.

W. Sokoloff: Ein Fall von Hydrorrhoea nasalis.

Patient hat nie ein Nasenleiden gehabt. Im März 1911 bemerkte er eine reichliche Flüssigkeitsabsonderung aus der Nase, im Laufe von 24 Stunden entleerte sich ungefähr 2 Glas Flüssigkeit (800,0—900,0), sonst ist Patient gesund. In Frankfurt a. M. wurde dem Patienten das polypöse vordere Ende der mittleren Muschel entfernt (Prof. Spiess), keine Erleichterung, der Zustand derselbe.

Status praesens: Eine mässige Hypertrophie der unteren Muschel, bei der Untersuchung entleerte sich aus der linken Nasenhöhle eine klare, krystallinische Flüssigkeit, in 25 Minuten 5 mal. Die Durchspülung der Kieferhöhle vom Munde aus schaffte für kurze Zeit Erleichterung — danach derselbe Zustand.

Die pathologisch-histologische Untersuchung des entfernten Stückes der mittleren Muschel ergab: Rhinitis chronica hypertrophica glandularis polyposa. Die chemische Analyse der Flüssigkeit: Reaction neutral, ohne Geruch, Eiweiss 0,2 pM.; mikroskopisch: nicht viel polymorphe Leukocyten und Lymphocyten — keine Cylinder. Die Abwesenheit irgendwelcher Klagen liess eine Erkrankung der Stirn-, Keilbeinhöhlen und Siebbeinzellen ausschliessen. Die Röntgenuntersuchung zeigt unter der Sella turcica irgendeine Neubildung von der Form einer Retorte. Nach all den Symptomen kommt Referent zu der Ansicht, dass es sich um einen Tumor handelt, der den Knochen usurirt und eine Rhinorrhoea mit Liq. cerebrospinalis verursacht hat. Patient ging in kurzer Zeit unter den Erscheinungen einer Meningo-Encephalitis zu Grunde. Section wurde nicht gestattet.

Discussion: Meschkschenki erinnert, dass vor einem Jahre in der Gesellschaft für Neuropathologie Minor ein Präparat demonstrirte mit einem Defect in der linken vorderen Schädelgrube, wo bei Lebzeiten des Patienten eine reichliche Absonderung von Liquor cerebrospinalis aus der Nase stattfand; am Defecte unter der Dura war eine Cyste, die mit der Nasenhöhle communicirte. Patient ging in Folge der Geschwulst zu Grunde.'

Bessev bemerkt, er habe bei alten Frauen eine ausgiebige Entleerung von Flüssigkeit aus der Nase beobachtet, legte aber darauf kein Gewicht.

Güttelson.

---

g) Laryngological Section. Royal Society of Medicine. London.

Sitzung vom 3. November 1911.

Vorsitzender: St. Clair Thomson.

Everidge: Gestielte Geschwulst im Kehlkopf bei einem 41 jährigen Mann. Seit 2 Monaten allmählich zunehmende Heiserkeit. Der Tumor hatte Kirschsteingrösse und sass gestielt auf dem hinteren Drittel des rechten Stimmbandes

auf, er flottirte beim Atmen in der Glottis. Diagnose: Gefässreiches Fibrom. Nach der Entfernung stellte sich heraus, dass es ein Granulom war.

Tilley stellt zwei Fälle von Stirnhöhlencomplication mit Augensymptomen vor.

Wilkinson: 1. Melanotisches Nasensarkom bei einem 62jährigen Mann. November 1911, Resection des Oberkiefers. Pat. befindet sich wohl, keine Anzeichen von Recidiv.

2. Fibro-Angiom an der unteren Muschel einer 46jährigen Frau. Anämie infolge wiederholter Blutungen. Der Tumor war gestielt und liess sich leicht mit der Schlinge entfernen.

Lack: 70jähriger Mann mit ausgedehnten Papillommassen am Gaumen. Klinisch konnte die Erkrankung den Verdacht auf Krebs oder Tuberculose erwecken; mikroskopisch jedoch konnte dies ausgeschlossen werden.

Im Gegensatz zu L. sprachen einige Mitglieder die Meinung aus, dass eine maligne Erkrankung vorliege; der Fall wird mit Radium behandelt.

Kelson: Eine Pharynxaffection, die eine secundär syphilitische Erkrankung vortäuscht.

Der Fall gehört zu einer Reihe von Fällen, bei denen eine syphilitische Erkrankung vorgetäuscht wurde; es fanden sich weissliche Flecken auf entzündeter Unterlage an Gaumen und Mandeln. Die hauptsächlichen Punkte bei diesen Fällen sind folgende: Anamnestisch und klinisch keine Anzeichen von Syphilis; die Krankheit ist chronisch, dauert mindestens ein Jahr, verschwindet, um wiederzukehren; die Flecken sind oberflächlich; es bleiben keine Narben; Nase und Kehlkopf werden nicht mitbetroffen. Antisyphilitische Behandlung ist völlig wirkungslos.

Kelly meint, dass es sich um intracelluläre Veränderungen in Folge directer Reizung handle; in den von ihm beobachteten Fällen war Alkohol der ätiologische Factor.

Hill führt die Affection auf Nicotingebrauch zurück.

Donelan: 1. Fall von Larynxtuberculose, seit 1908 in Behandlung. 44jähriger Mann; 2 Jahre Schweigekur, 40 galvanocaustische Sitzungen, Guajacolspray und Guajacol innerlich.

Thomson hält die Erkrankung für eine auf die Epiglottis beschränkte lupoide Affection.

Watson Williams räth zur Abtragung in einem Stück.

2. Fall von alter Stirnhöhlenoperation, wo die Stirnhöhle durch Bildung festen Knochens obliterirt ist.

Badgnow: 1. 4jähriges Kind mit cystischem Hygrom am Halse.

2. Fall von Zungenstruma bei einem Mädchen.



Die Mitglieder der Section sprachen sich gegen jede Operation in solchen Fällen aus.

Mackenzie: 19jähriges Mädchen mit Nasenstenose, die durch Kieferdehnung behandelt wurde. Das Instrument wurde 4 Wochen lang getragen; die Nasenatmung hat sich gebessert.

Sitzung vom 1. December 1911.

Jobson Horne demonstrirt einen 43jährigen **Mann mit symmetrischen Perforationen der hinteren Gaumenbögen.** Der Fall gehört zu denen, bei welchen Zweifel bestehen können, ob es sich um eine angeborene Veränderung handelt, um eine specifische oder um Ulcerationen nach Scharlach.

Hill: Fremdkörper (Stücke einer Kastanie) mittels Bronchoskopie bei einem 13 Monate alten Kind entfernt.

Dyspnoe entstand vor 6 Tagen beim Essen einer Kastanie; Husten, Bronchorrhoe und Stillstand der linken Lunge beim Athmen. Das kleinste Bronchoskop wurde in Chloroformnarkose eingeführt und man sah einen kleinen, weissen Körper in einem secundären Bronchus; ein Saugrohr wurde bis zu dem Fremdkörper eingeführt und mit einer Pumpe verbunden. Nachdem angesaugt war, wurde das Rohr entfernt und man fand das Kastanienstück am Ende desselben haften. Ein kleineres Stück fiel in den rechten Bronchus und wurde ausgehustet. Wegen des nachfolgenden subglottischen Oedems musste 12 Stunden später die Intubation gemacht werden; die Tube konnte erst nach 10 Tagen entfernt werden. Der Fall dürfte der jüngste sein, bei dem ein Fremdkörper per vias naturales endoskopisch entfernt wurde[1]).

Faulder und Harmer: Pharynxtuberculose mit Tuberculose an anderen Organen, mit Tuberculininjectionen behandelt.

24jährige Frau, der ein Finger wegen Tuberculose hatte amputirt werden müssen. Erkrankung des rechten Ellbogengelenks vor 11 Jahren. Cavernenbildung in der linken Lunge und jetzt Tuberculose des Pharynx. Erhebliche Besserung nach Tuberculininjectionen. Anfangsdosis $^1/_{10000}$ mg, allmählich steigend zu $^1/_{1500}$ mg.

Bain: Papillom der unteren Muschel.

Die Geschwulst wurde entfernt, recidivirte aber in 3 Wochen. Mikroskopische Diagnose: Papillom.

H. J. Davis.

---

1) Anm. d. Red.: Entschieden ein Irrthum. So hat Kahler an 18 Kindern unter einem Jahr bei 11 die obere Bronchoskopie wegen Fremdkörper mit Erfolg ausgeführt. Das jüngste von ihm so operierte Kind war $6^1/_2$ Monat alt.



b) Rhino-laryngologische Section des königl. ungarischen Aerztevereins in Budapest.

V. Sitzung vom 1. Mai 1911.

Vorsitzender: A. Onodi.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. L. Uthy: Operirter Fall eines Collumdermoids.

Die faustgrosse Geschwulst sass rechts unterhalb des Unterkiefers und hatte nach innen einen federkieldicken Stiel.

2. M. Fleischmann: Fall von Tbc. mucosae septi.

Haselnussgrosse Vorwölbung links am Septum, Probeexcision. Diagnose: Sarkom. Hierauf endonasale Septumresection. Die zweite histologische Untersuchung hat erst die Schleimhauttuberculose nachgewiesen.

3. E. Tóvölgyi: Verbessertes Killian'sches Nasenspeculum.

Am selben Griffe können Branchen von verschiedener Länge angebracht werden.

4. E. Kellermann (als Gast): Kiefercyste.

Grosse Cyste rechts am Oberkiefer, bei der Probepunction entleert sich viel dicke Flüssigkeit, in welcher Cholestearinkrystalle schimmern. Kieferhöhle frei. Soll radical entfernt werden.

5. A. Onodi: Die Kieferhöhle, die Siebbeinzellen, die Keilbeinhöhle im Kindesalter und ihre Erkrankungen.

Ist seither in Buchform erschienen.

M. Paunez: Naseneiterungen im Kindesalter sind häufig. Auch chronische Empyeme der Erwachsenen stammen nicht selten aus dem Kindesalter.

M. Mohr: Thränensackeiterungen der Neugeborenen, welche häufig mit Ophthalmoblennorrhoe verwechselt werden, heilen oft nach Sondirung.

L. Polyak: Sinuseiterungen der Kinder, welche noch nicht schnäuzen können, sind am schwersten zu localisiren. In solchen Fällen wendet P. eine feine Röhre, welche auf die bronchoskopische Saugpumpe aufgesetzt wird, an; damit wird die Nase leicht gereinigt und die Quelle der Eiterung besser sichtbar.

H. Zwillinger: Von grosser Wichtigkeit sind die Empyeme nach acuten Infectionskrankheiten, besonders nach Scharlach.

E. Pollatschek: Bei Frühdiagnose ist die Röntgenuntersuchung wichtig.

E. Baumgarten: Bis 14—15 Jahren ist weder die Durchleuchtung noch Röntgen von Bedeutung.

A. Onodi: Es ist richtig, dass wir jetzt häufiger Empyeme im Kindesalter finden; von Wichtigkeit sind die ersten Lebensjahre; bei 8—10 jährigen Kindern gleichen die Nebenhöhlen schon denen der Erwachsenen. Die Häufigkeit der Thränensackeiterungen im Säuglingsalter wird theils durch die Weite des Ductus nasolacrymalis, theils durch leichte Verschwellung des unteren Nasenganges bedingt.



Die klinischen Erscheinungen entscheiden über die Wahl eines Eingriffes, bei Scharlach und überhaupt bei Complicationen weisen die radicalen Eingriffe schöne Erfolge auf.

6. A. Lengyel: Ein sonderbarer Fall von Verengung der Stimmritze.

Von der linken Aryfalte geht eine glatte Schleimhautfalte und verdeckt vollständig die linke Kehlkopfhälfte; unter ihr fehlt der linke Aryknorpel und die Stimmlippe. Patientin wurde vor 4 Jahren wegen Halsphlegmone tracheotomirt, im Kehlkopfe fand kein Eingriff statt; es lässt sich annehmen, dass die fehlenden Theile nach Sequesterbildung durch die Wunde ausgehustet worden sind.

VI. Sitzung vom 23. Mai 1911.

1. H. Zwillinger: Amyloid des Kehlkopfes.

Die Kehlkopfschleimhaut der hinteren Wand war sowohl an ihrer hinteren, wie auf der vorderen Fläche bernstein- bis goldgelb gefärbt, wenig infiltrirt und transparent. Der Befund war accidentell, das Leiden besteht seit einem Jahre unverändert.

Z. v. Lénárt hält zur Sicherung der Diagnose die histo-chemische Untersuchung für nothwendig.

2. E. Pólya: In die Nasenhöhle eingedrungene Carcinome der Orbita. (Ist an anderer Stelle bereits referirt worden.)

3. D. Dörner: Fall von primärer Nasentuberculose.

Der Nasenrücken war breiter, Naseneingänge durch gräulichrothe granulirende weiche Tumoren fast vollständig eingeengt. Lungen gesund. Nach der Auskratzung entstand am Septum eine Lücke von 1 cm Durchmesser. Auch das Periost, vielleicht auch der Knochen des Nasenrückens sind miterkrankt. Mikroskopische Diagnose: Tuberculose.

Z. Donogány hält die mikroskopische Diagnose für Tuberculose nur dann beweisend, wenn auch Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

A. Onodi: In einem bereits publicirten Falle ist ein auf dem Septum sitzender Tumor für Carcinom gehalten und radical entfernt worden. Die mikroskopische Untersuchung hat aber Tuberculose nachgewiesen. Der Patient starb 2 Jahre später an Phthise.

4. E. Baumgarten: Ein Fall von Naevus Pringle.

Theils hellrothe, theils von normaler Haut bedeckte hirsekorn- bis erbsengrosse Knötchen des Gesichts und der Mundschleimhaut. Am harten Gaumen besteht sogar ein bohnengrosser rother Tumor. Punktförmige Knötchen sind auch am Zungengrunde und auf dem Kehldeckel sichtbar. Nach Pringle sind dies gutartige Tumoren, welche nicht ulceriren und auch nicht bluten. Patient hat auch am Septum und auf der unteren Muschel einzelne Knötchen und leidet zeitweise an heftigen Nasenblutungen. Die Nase ist der einzige Ort, von welcher bei Naevus Pringle Blutungen erfolgen können.

5. A. Onodi: Der Ductus nasolacrymalis im Kindesalter.

(Ist in diesem Centralblatt bereits referirt worden.)

6. B. Freystadtl: Kehlkopflähmungen bei Syringomyelie.

Verf. fand in der Literatur 52 Fälle. Die Stimmbandlähmungen bei Syringomyelie sind zumeist halbseitig (38). Die Lähmung beginnt zumeist mit Posticusparese, welche gewöhnlich in Recurrenslähmung übergeht. Die Empfindlichkeit des Kehlkopfes und Rachens ist in einem grossen Theil der Fälle beträchtlich herabgesetzt. Gleichseitige Gaumen- und Zungenlähmung ist auch eine häufige Begleiterscheinung (33 Fälle) und ist für Syringomyelie gewissermaassen charakteristisch. Unter den durch Syringobulbie bedingten Erkrankungen von Hirnnerven nimmt bezüglich Häufigkeit die Erkrankung des N. vagus — Stimmband- und Gaumenlähmung — den ersten Platz ein und tritt häufiger auf als die Erkrankung des N. hypoglossus.

E. Baumgarten: Der Uebergang der Posticuslähmung zur Recurrenslähmung geschieht oft innerhalb einiger Stunden, während bei anderen centralen Erkrankungen der Uebergang ein langsamer ist. Die Sensibilität ist nur bei ausgeprägter Anästhesie in Betracht zu ziehen, denn die individuelle Empfindlichkeit ist schwankend.

A. Onodi fragt, ob der Geruchsinn untersucht wurde, weil Anosmie bei dieser Krankheit nicht selten ist.

B. Freystadtl: Der Geruchsinn wurde einmal untersucht und normal gefunden. Bei Anästhesie sind nicht nur die Kerne des Recurrens im verlängerten Marke, sondern auch jene des N. laryng. sup. erkrankt.

7. Z. v. Lénárt: Die chronische Tonsillitis und ihre Behandlung.

Ist in diesem Centralblatt bereits referirt worden; Verfasser ist ein Anhänger des Morcellement.

D. v. Navratil ist für die Resection mit dem Messer und für subtotale Tonsillectomie.

J. Safranek: Die Tonsillectomie ist kein ungefährliches Verfahren, besonders bei Kindern. Crockett sah innerhalb $1^1/_2$ Jahren 12 Todesfälle und zahlreiche schwere Blutungen. Die Tonsillectomie soll bloss auf Grund strikter Indicationen und Vorbereitung zur Stellung der etwa eintretenden schweren Blutung ausgeführt werden.

M. Pauncz: Tonsillectomie und Morcellement sind selten nothwendig, Hauptindication dazu sind Phlegmonen und Arthritiden. Perhorrescirt den Ausdruck „Tonsillectomia subtotalis“.

Z. v. Lénárt: Die von Navratil erwähnte Exstirpation der Tonsillen sammt Kapsel ist nicht nothwendig, man darf den Kranken nicht durch Entfernung eines Organs verstümmeln, dessen Bedeutung wir nicht kennen; wahrscheinlich ist das Organ nothwendig. Man soll bloss die kranken Stellen entfernen. Polyák.



III. Briefkasten.

Sir Felix Semon: „Forschungen und Erfahrungen 1880—1910."

Unter obigem Titel sind soeben im Verlag von August Hirschwald zwei stattliche Bände erschienen, die nicht verfehlen werden, das Interesse weiter ärztlicher Kreise zu erregen. Semon hat die Musse seiner ländlichen Zurückgezogenheit benutzt, um die wichtigsten seiner früher veröffentlichten Arbeiten in dieser Sammlung zu vereinigen. Die grundlegenden Studien über die Physiologie und Pathologie der Kehlkopfnerven, die, ebenso wie eine Anzahl anderer hier wiedergegebener Aufsätze, zum Theil in sehr schwer zugänglichen englischen Journalen und Verhandlungsberichten veröffentlicht und sind daher im Original so gut wie unbekannt waren, sind hier in deutscher Uebersetzung erschienen und nun erst einem weiteren Leserkreise erschlossen worden. Besonderes Interesse wird zweifellos auch die Veröffentlichung von Semon's Briefwechsel mit O. Rosenbach über die Urheberschaft des Gesetzes vom früheren Erliegen der Erweitererfasern des Recurrens erwecken. Unter den hier aufgenommenen Beiträgen zur Lehre von den Kehlkopfneubildungen finden wir Semon's denkwürdigen im 5. Band des Centralblatts, der jetzt im Buchhandel vergriffen ist, erschienenen Aufsatz über die Krankheit Kaiser Friedrich's sowie die kritische Zusammenfassung der Ergebnisse jener von ihm im Centralblatt inaugurirten Internationalen Sammelforschung über die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige. Auch eine Uebersetzung der im Jahre 1902 erschienenen ebenso eindringlich wie unterhaltend geschriebenen Abhandlung über die Localbehandlung der Krankheiten der oberen Luftwege hat hier Aufnahme gefunden. Dass eine Auslese aus den mannigfachen die sociale Stellung der Rhino-Laryngologie behandelnden Aufsätzen, die an dieser Stelle erschienen sind, in vorliegender Sammlung nicht fehlen durfte, ist bei der Bedeutung, die Semon stets dieser Seite seiner publicistischen Thätigkeit mit Recht beigemessen hat, selbstverständlich.

Eine ausführliche Besprechung aus der Feder eines unserer Mitarbeiter wird demnächst folgen. F.

Personalnachrichten.

Unser verehrter Mitarbeiter Herr Dr. J. Katzenstein hat den Professortitel erhalten. Die gleiche Auszeichnung ist Herrn Dr. Th. S. Flatau-Berlin zu Theil geworden.

Dr. St. Clair Thomson ist in den englischen Ritterstand erhoben worden.

Dr. P. M'Bride ist zum ersten Semon-Lecturer in Laryngology der Universität London gewählt worden.

Prof. Gunnar Holmgren ist zum ordentlichen Professor für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten am Karolinischen Institut zu Stockholm ernannt worden.

Die italienische Staatsregierung hat in Tripolis ein poliklinisches Institut eingerichtet. Die Leitung der oto-laryngologischen Abtheilung ist Dr. Tonietto Pietro, Privatdocent an der Universität Turin, übertragen worden.

Die „Archives générales de médecine" werden in Zukunft den Untertitel führen: „Revue médico-chirurgicale des voies respiratoires."

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, September. 1912. No. 9.

I. Albert Rosenberg †.

Am 31. Juli starb im Alter von erst 56 Jahren zu Flims in der Schweiz unser langjähriger treuer Mitarbeiter Albert Rosenberg. Auf einem Spaziergang begriffen sank er plötzlich leblos zu Boden. Schon seit geraumer Zeit hatte er an Schmerzattacken gelitten, die stets als Gallensteinkoliken gedeutet wurden; erst wenige Monate vor seinem Tode erkannte man, dass es sich in Wirklichkeit um stenocardische Anfälle handelte. Eine Sklerose der Coronararterien hat das jähe Ende des allgemein beliebten und geachteten Mannes herbeigeführt.

Albert Rosenberg wurde am 17. September 1856 in einer kleinen Stadt Westpreussens geboren. Nach Absolvirung der Gymnasialzeit und des Universitätsstudiums erlangte er 1881 die Approbation als Arzt und bereits im darauf folgenden Jahre trat er in die Beziehung zu Bernhard Fränkel, die für seine weitere Laufbahn entscheidend werden sollte. Fränkel unterhielt damals aus eigenen Mitteln eine Poliklinik für Hals- und Nasenkranke; Rosenberg wurde sein Assistent, und als im Jahre 1888 die Kgl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke in Berlin errichtet und Fränkel mit ihrer Leitung betraut wurde, folgte Rosenberg seinem Chef an das neugegründete staatliche Institut und blieb daselbst als erster Assistent bis zum Jahre 1899. Die Berliner Universitätspoliklinik war die erste für die Pflege der Laryngologie und den Unterricht in diesem Fache von Seiten der Regierung errichtete Stätte in ganz Deutschland. Von der sich

hier bietenden Gelegenheit, unter Leitung eines Mannes von Fränkel's Ruf und an einem grossen Krankenmaterial eine gründliche laryngologische Ausbildung zu erwerben, machten die Aerzte des In- und Auslandes reichen Gebrauch. Viele von ihnen attachirten sich besonders an Rosenberg, dem ein ausgesprochenes Lehrtalent eigen war und dessen — theils allein, theils in Gemeinschaft mit seinen Mitassistenten gehaltene — Curse der praktischen Rhino-Laryngologie sich eines grossen Zulaufs erfreuten. Aus diesen Zeiten stammten zahlreiche bis zu seinem Tode unterhaltene freundschaftliche Beziehungen zu Fachgenossen aus aller Herren Ländern, die ihrem einstigen Lehrer dauernd Erkenntlichkeit und Treue bewahrten.

Aus wissenschaftlichen Referirabenden, die Rosenberg mit den Schülern der Fränkel'schen Poliklinik abhielt, ging auf seine Anregung die Berliner Laryngologische Gesellschaft hervor. Er war es auch, der in ihrer constituirenden Sitzung vom 22. Februar 1889 die einleitende Ansprache hielt. Schon damals ehrte ihn das Vertrauen seiner Collegen dadurch, dass sie ihn zum stellvertretenden Schriftführer der neugegründeten Gesellschaft erwählten. Fast zwei Jahrzehnte lang hat er dieses Amt bekleidet, um es dann gegen das des ersten Schriftführers einzutauschen, das er bis zu seinem Tode innegehabt hat. Während all dieser Jahre hat er seines Amtes mit grösster Pflichttreue gewaltet und an der Führung der Geschäfte der Gesellschaft den regsten Antheil gehabt.

Neben seiner ausgedehnten practischen Thätigkeit hat der Dahingeschiedene stets Zeit und Musse für ernste wissenschaftliche Arbeit gefunden. Die Ergebnisse seiner ausgezeichneten, mit strengster Kritik gepaarten Beobachtungsgabe und seiner grossen klinischen Erfahrung sind den verschiedensten Gebieten unseres Faches zu Gute gekommen. Es sei daran erinnert, dass er das Menthol in die laryngologische Praxis eingeführt hat, ebenso wie er einer der ersten war, der den ungeheuren Werth der Nebennierenpräparate für unser Specialfach erkannte. Kurze Zeit schon, nachdem die Röntgenstrahlen als medicinisch-diagnostische Methode in Aufnahme gekommen waren, wies Rosenberg an der Hand eines verhältnissmässig grossen Materials auf ihre Bedeutung für die Erkennung intrathoracischer Geschwülste hin. Seine an der Fränkel'schen Poliklinik gesammelten Erfahrungen und die daselbst beim Unterricht gewonnenen didactischen Principien legte er seinem in Deutschland viel gebrauchten Lehrbuch zu Grunde; mit Onodi gemeinsam gab er ein Buch über die „Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens“ heraus; für das Heymann'sche Handbuch bearbeitete er das Capitel über „die Verwachsungen und Stenosen des Kehlkopfs und der Trachea“.

Das Centralblatt verliert in dem Dahingeschiedenen einen seiner ältesten treuesten und gewissenhaftesten Mitarbeiter. Bis zuletzt hat er für unser

Blatt sein thätiges Interesse bekundet und ihm durch seine kritischen, aber stets streng sachlichen Besprechungen literarischer Neuerscheinungen sowie seine bei aller Gedrängtheit alles Wesentliche enthaltenden Berichte werthvolle Dienste geleistet.

Die Nachricht von Rosenberg's plötzlichem und so gänzlich unerwartetem Tode wird gewiss überall die herzlichste Theilnahme und aufrichtige Trauer erwecken. Durch seine ruhig-freundliche, stets liebenswürdige und entgegenkommende Art, die wohlthuende Gleichmässigkeit und Ausgeglichenheit seines Wesens, seine Bescheidenheit und Gradheit und seinen streng rechtlichen Sinn hat er sich überall die wärmsten Sympathien erworben. Ein ungewöhnlich glückliches Naturell und ein ausgeprägter Sinn für harmlose und maassvolle Fröhlichkeit machten ihn zum angenehmsten und unterhaltendsten Kameraden. Die ihm näher standen, erkannten stets von Neuem die Güte seines Herzens, die Vornehmheit und Untadeligkeit seiner Gesinnung. Sie wussten auch, dass er bei aller Verbindlichkeit und Liebenswürdigkeit für keinerlei Zugeständnisse zu haben war, wo es sich um Dinge seiner Ueberzeugung handelte, und dass er den einmal als richtig erkannten Standpunkt gegen Jedermann zu vertheidigen wusste. Fortiter in re, suaviter in modo! — Das schien der Wahlspruch, nach dem sich sein Handeln richtete.

Als grade vor einem Jahre in Berlin der III. Internationale Laryngologencongress tagte und man dem Verstorbenen das bei solchen Gelegenheiten schwerste und verantwortungsvollste Amt, das des Schriftführers, übertragen hatte, sollten seine ausgezeichneten Eigenschaften und Fähigkeiten noch einmal ins hellste Licht treten. Mit ausserordentlichem Geschick und nie erlahmender Arbeitsfreudigkeit leitete er die Vorarbeiten und die Organisation des Congresses und das allseitig anerkannte schöne Gelingen der Veranstaltung war in erster Linie seinen unermüdlichen Bemühungen zu danken. Wer von uns, die wir ihn damals sahen, stets geschäftig, aber auch inmitten aller auf ihn einstürmenden Anforderungen immer von gleichmässiger Ruhe und Zuvorkommenheit, ein lebensfroher, arbeitsfreudiger und anscheinend gesunder Mann, wer von uns hätte gedacht, dass ihm sobald schon ein schnelles Ende beschieden sein würde! Sein Andenken als das eines braven und tüchtigen Mannes, eines unbedingt zuverlässigen Collegen und treuen Freundes wird in unseren Herzen weiterleben.

Arbeiten:

1. Das Menthol, ein Ersatz des Cocain, zur Erzeugung localer Anästhesie in Nase und Pharynx. Berl. klin. Wochenschr. No. 28. 1885.
2. Zur Beseitigung der von der Nase ausgelösten Reflexneurosen durch Menthol. Ebenda. No. 48.
3. Zur Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose. Ebenda. No. 26. 1887.



4. Ein Instrument zur Untersuchung der hinteren Larynxwand. Therap. Monatsh. Dec. 1887.
5. Larynxödem nach Jodkaliumgebrauch. Deutsche med. Wochenschr. No. 37. 1890.
6. Ueber Intubation des Larynx. Berl. klin. Wochenschr. No. 25. 1891.
7. Ueber Intubation des Larynx. Deutsche med. Wochenschr. No. 14. 1891.
8. Die Geschwülste des Zungengrundes. Ebenda. No. 13 u. 14. 1892.
9. Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans. Berl. klin. Wochenschr. No. 31. 1892.
10. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und Kehlkopfs. 1893.
11. Die Intubation bei Larynxstenosen. Arch. f. Laryng. 1 u. 2. 1893.
12. Die Intubation bei Kehlkopfstenosen. Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1893.
13. Malignes Lymphom am Halse. Ebenda. No. 6. 1894.
14. Kalkconcremente in der Tonsille. Berl. klin. Wochenschr. No. 13. 1895.
15. Definitiv geheilter Fall von Kehlkopftuberculose. Ebenda. No. 7. 1895.
16. Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse. Arch. f. Laryng. II, 3. 1885.
17. Quelques remarques sur la tuberculose pharyngée. Rev. de Lar. No. 22. 15. 11. 1895.
18. Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern. Arch. f. Laryng. V. 1896.
19. Die Behandlung der Strumen mittels parenchymatöser Injectionen. Berl. klin. Wochenschr. No. 37. 1897.
20. Pharyngologische Mittheilungen. Ebenda. No. 18. 1898.
21. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der für den Laryngologen in Betracht kommenden intrathoracischen Geschwülste. Arch. f. Laryng. VIII. 1898.
22. Pachydermia Laryngis. Mon. f. Ohrenheilk. No. 6. 1898.
23. Verwachsungen und Stenosen des Larynx und der Trachea. Handb. 1896—99.
24. Das Nasenbluten. Ebenda.
25. Bemerkungen über Nasenbluten bei Kindern. Pediatrics 15. 7. 1899.
26. Ueber Folgezustände der Sängerknötchen. a) Berl. klin. Wochenschr. No. 51. 1899. b) The Laryngoscope. X. 1899.
27. Varietäten und Anomalien der Valleculae und des Sinus piriformis. Arch. f. Laryng. X. 1900.
28. Ein neues schneidendes Kehlkopfinstrument. Mon. f. Ohrenheilk. 1900.
29. The tuberculosis of the upper air passages. Journ. of Tubercul. 1901.
30. The local application of Heroinum hydrochloricum. Laryngoscope. Aug. 1902.
31. Beobachtungen über Pachydermie und weisse Geschwülste des Kehlkopfes. Mon. f. Ohrenheilk. No. 9. 1903.
32. Nebennierenextract in der Laryngologie. Berl. klin. Wochenschr. 1903. Rev. Hebdom.
33. Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextract. Ebenda. 1904.
34. Traitement de la fièvre des foins par la „Pollantine“. Arch. intern. de Lar. 1905.
35. Sur les affection unilatérales des cordes vocales. Ebenda.

36. Guérison spontanée d'une paralyse double du cricoaryténoidien postérieur. Rev. Hebdom. No. 22. 1908.
37. (mit Onodi): Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. 1905 bei Coblentz.
38. . . . . . 1. Anwendung des Hohlspiegels. Arch. de Laryng. 1907.
39. Pneumocele des Sinus frontales. Arch. f. Laryng. 1907.
40. Kalter Abscess des Kehlkopfes. Berl. klin. Wochenschr. 1907.
41. Zur Ophthalmoreaction. Ebenda. 1908.
42. Primärer Kehlkopflupus. Arch. f. Laryng. 1908.
43. Der erste Rhinolaryngologencongress in Wien. Ebenda.
44. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen und des Auges. Zeitschr. f. Laryng. u. Rhinol. 1908.
45. Die Bedeutung der Rachenerkrankungen. Zeitschr. f. Fortbildg. 1910.
46. Pathologie und Therapie der Krankheiten des Rachens. Hölder, Wien. 1911.
47. Das Cycloform ein Analgeticum in der Laryngologischen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. No. 9. 1911.
48. Ein diagnostisches Hilfsmittel insbesondere zur Erkennung oberflächlicher Schleimhautdefecte. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1912.

II. Die rhinologische Behandlung von Erkrankungen des Thränenapparats.

(Ein Sammelreferat.)

Von L. Polyák, Budapest.

Die Behandlung der Erkrankungen des Thränenapparats bildet ein Grenzgebiet unserer Specialwissenschaft, welches in den letzten zwei Jahrzehnten wohl fast ausschliesslich von Rhinologen gefördert wurde. — Die häufige Erfolglosigkeit der üblichen ophthalmologischen Methoden (Spaltung der Thränenkanälchen, Sondirung von oben, Exstirpation des Thränensackes) verbunden mit den Nachtheilen, welche solche therapeutische Eingriffe oft zur Folge hatten, veranlasste die Rhinologen, auch ihrerseits nach erfolgreicheren und mehr befriedigenden Methoden zu suchen. Nicht nur die intranasale Behandlungsmethode des Thränennasenkanals, sondern auch die von ophthalmologischer Seite bis jetzt am meisten acceptirte Dacryocystorhinostomie von Toti (54—61), welche als äussere Operation keine rhinologischen Specialkenntnisse und Dexterität erfordert, sind Ergebnisse der rhinologischen Forschung.

Unter solchen Umständen kann Ref., indem er entsprechend der ehrenden Aufforderung des Herrn Herausgebers sein Augenmerk hauptsächlich auf die im Titel dieses Referats festgesetzte Frage richtet, doch

nicht umhin, wenigstens kurz auch die Arbeiten über Anatomie des Thränenapparats und über die Aetiologie und Pathologie seiner Erkrankungen in Betracht zu ziehen, um so den Leser in den Stand zu setzen, bei näherem Eingehen auf die hier erörterten Fragen die nothwendigen Literaturangaben ohne Mühe zu finden.

Anatomische Arbeiten.

Onodi (31, 32) bietet in seinen beiden Monographien eine vollständige Zusammenstellung der anatomischen Literatur der ganzen Frage und ergänzt deren zahlreiche Lücken durch die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen, welche an 43 Abbildungen das Verhältniss des Thränensackes und des Thränennasenkanals zur Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen erschöpfend darstellen. Länge und Weite des Ductus, seine topographischen Verhältnisse beim Kinde und bei dem Erwachsenen sind durch mannigfaltige Schnittführungen illustrirt. Fein's (8) anatomische Untersuchungen, illustrirt durch 7 Textfiguren, sind zum Verständniss der Beziehungen zwischen Kieferhöhle und Thränennasengang von grossem Nutzen.

Die Frage des Zusammenhangs zwischen Krankheiten der Nase und denen des Thränensackapparats.

Lassen wir die älteren Arbeiten unberücksichtigt, welche übrigens in den hier citirten Monographien leicht aufzufinden sind, heute aber nur einen historischen Werth besitzen, so finden wir, dass Gruhn (12) bereits 1880 38 Fälle von Leiden der Thränenwege veröffentlicht, die in 2 Jahren beobachtet wurden, und in denen der Zusammenhang zwischen dem Leiden der Thränenwege und der Nase nachgewiesen war. Lubet Barbon (23) fand Epiphora, durch Hypertrophie der unteren Muscheln verursacht. Glück (11) berichtet weit über 100 Fälle, welche in der Würzburger Augenklinik von 1888—1890 beobachtet waren und bei denen der Zusammenhang nachgewiesen werden konnte; gleichzeitige Erkrankung der Nase und des Ductus nasolacrymalis kam in 31 Fällen vor. Kiesselbach (16) giebt als Ursache der Epiphora an, dass meistens die untere Muschel der äusseren Nasenwand anliegt. Trat Träufeln nur von Zeit zu Zeit auf, so konnte man in der freien Zeit einen Spalt zwischen Muschel und lateraler Wand sehen, der sich beim Wiedereintreten des Träufelns schloss. Fick (9) giebt in einem Falle von Tuberculose des Thränensackes als wahrscheinlichen primären Herd Tuberculose des Septums an. Peters (34) und Vossius (63) haben über congenitale Affectionen der Thränenwege geschrieben. Bei Lubliner (24) finden wir 1895 Aufzeichnungen über 94 Erkrankungen des Thränenorgans, in welchen die Nase nur 5mal ohne wesentliche Veränderungen war. Es wurde Hypertrophie der unteren

Muschel 34mal, Ozaena 30mal, Rhinitis scrophulosorum 8mal, Nasenpolypen 5mal und Empyem der Kieferhöhle 3mal nachgewiesen.

Schmiegelow (45) giebt an, dass Erkrankungen der Thränenwege und der Cornea zu den am meisten vorkommenden rhinogenen Augenleiden gehören. Es kommt nicht selten vor, dass man dabei eine purulente oder atrophische Rhinitis, Hypertrophien und eventuell Ulcerationen oder Neubildungen findet. Marx (26) beobachtete eine Zahncyste, welche den Nasenboden emporwölbte und den Ausmündungsgang verlegte. Seifert (47) verdanken wir die genaue Kenntniss der Tuberculose und des Lupus des Thränenapparats, mit Bericht über 14 Fälle. Neuerdings hat Uffenorde (62) der Häufigkeit der Tuberculose des Thränenapparats Erwähnung gethan. Kuhnt (21) erwähnt in seinem vor dem Wiener Congress gehaltenen Referate, dass der Zusammenhang zwischen Thränenschlauch- und Nasenleiden zuerst von Zacharias Platner 1724 erwähnt worden ist. Nach der Statistik aus Kuhnt's Privatpraxis sind die Erkrankungen des thränenableitenden Apparats zu 93,7 pCt. rhinogenen Ursprungs. Die auslösenden nasalen Erkrankungen sind vorwiegend im unteren Nasengange localisirt, und zwar handelt es sich in erster Linie um Veränderungen, die geeignet sind, mechanisch das Ostium nasale des Ductus nasolacrymalis zu verlegen. Wird aus irgend einem Grunde das Ostium nasale des Ductus verlegt oder comprimirt, so ist natürlich der Thränenabfluss erschwert oder aufgehoben. Es kann einzig und allein hierdurch zu sehr bedeutenden cystischen Erweiterungen des Thränensackes kommen. Bei längerer Dauer breitet sich die Entzündung der nasalen Schleimhaut auf den Kanal und weiterhin auf den Sack aus. Es folgen substantielle Veränderungen: Erosionen, Geschwüre, Narbenbildungen, ferner anschliessend an die lange bestehende Infiltration, partielle oder ausgedehnte Atrophien der Mucosa usw.

A. Meyer (27) theilt seine Fälle in vier Gruppen ein. Die erste Gruppe umfasst etwa 10—15 pCt. mit negativem oder nicht in Betracht kommendem Nasenbefunde. In die zweite Gruppe gehören die Fälle von rein mechanischer Behinderung des Thränenabflusses durch raumbeschränkende Momente im unteren Nasengange. Formveränderungen der unteren Muschel, Cristae, Spinae und Deviationen des Septum, diffuse hypertrophische Rhinitis, circumscripte papilläre Hypertrophien um die Ausführungsöffnung sowie Narben bedingen seiner Erfahrung nach über die Hälfte aller Erkrankungen der Thränenwege. In die dritte Gruppe gehören die Fälle mit entzündlichen Affectionen der Nase und ihrer Adnexe, die per continuitatem auf den Ductus übergreifen oder ihn durch Hineingelangen ihrer Secrete, oder in seltenen Fällen per contiguitatem durch die knöcherne Wand hindurch inficiren. Hierher gehören die verschiedenen Formen der acuten und chronischen Rhinitis, die Ozaena, Fälle von adenoiden Vegeta-

tionen mit stärkerer eitriger Secretion, seltener Polypen, häufiger die Eiterungen der Nebenhöhlen; Siebbeinaffectionen wurden besonders bei Phlegmone uud Fistelbildung des Thränensackes häufig gefunden; ferner tertiäre Ulcerationen und Sequester und ebenso Fremdkörper und Nasensteine. Die vierte Gruppe umfasst die specifisch infectiösen Processe, deren Uebergang wohl allein per continuitatem erfolgt. Es handelt sich im Wesentlichen um Tuberculose, Lupus und Sklerom.

A. Brückner (4) hält die Anschauung, dass die Erkrankungen der Thränenabfuhrwege zumeist von Nasenerkrankungen herrühren, im Allgemeinen für zutreffend; suchen wir aber eine exacte Erklärung dafür, in welcher Weise die Uebertragung sich in Wirklichkeit vollzieht, so ist hierüber wenig Positives bekannt. In seinem Material befindet sich eine ganz erhebliche Anzahl von Fällen mit Thränensackeiterung, bei denen derartige raumbeengende Nasenaffectionen nicht nachweisbar waren. Atrophische Processe werden häufig bei Thränensackentzündungen gefunden; wahrscheinlich tritt in diesen Fällen eine abnorme Weite des Ostium naso-lacrymale ein. wodurch die Gefahr einer Infection von unten her wesentlich erhöht würde. Brückner's sehr lesenswerthe Abhandlung befasst sich ausführlich mit allen hier bereits erwähnten Krankheitsformen, welche eine rhinogene Quelle für Erkrankungen des Thränenapparats bilden können, sucht überall eine Erklärung der Entstehungsweise zu geben und schliesst mit dem Satze, dass wohl die Mehrzahl der Thränensackleiden rhinogener Natur sei, dass aber diejenigen Fälle, in denen mit Sicherheit eine directe Propagation der Nasenerkrankung auf die Thränenabfuhrwege stattfindet, nur selten seien. jedenfalls ungleich seltener, als manche Autoren wohl geglaubt haben.

Rhese (40) hat in 10 Fällen von Thränensackerkrankungen jedesmal eine Ursache in der Nase gefunden. Der Sitz der Erkrankung kann ein zweifacher sein: entweder sind es pathologische Veränderungen im unteren Nasengange, oder gegen die Mitte des Ductus, gegenüber dem vorderen Ende der mittleren Muschel, bzw. im Gebiete der vorderen Siebbeinzellen.

Es wäre von Interesse festzustellen, in welchem Procentsatze Erkrankungen der Nebenhöhlen mit denen des Thränenapparates gleichzeitig vorkommen und welche von beiden als primär zu betrachten sind. Besonders wichtig ist dies bei Erkrankungen der Kieferhöhle, seitdem von Eicken (7) den Vorschlag gemacht hat, den Ductus von der Kieferhöhle aus zu eröffnen. Lubliner (24) hat unter 94 Erkrankungen des Thränenorgans 3 Fälle von Kieferhöhleneiterung beschrieben, Peters (35) und Hammer (15) betonen, dass bei Thränensackphlegmonen und bei fistulösen Processen eine Erkrankung der Kieferhöhle sich finde. Masslenikow (25) fand 8 pCt. Sinusitiden. Kuhnt (21) sagt: „Seltener zieht die Sinusitis maxillaris, wie ich in Richtigstellung früherer Angaben be-

merken möchte, die Thränenwege in Mitleidenschaft." Tilley (53) hat einmal beobachtet, dass Eiterung des Thränensackes zur Eiterung der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle führte. Brückner (4) schreibt, dass an dem Material der Königsberger Augenklinik bei einfachen, unkomplizierten Dacryrcystoblennorrhoen wiederholt Siebbein-, zuweilen auch eine Kieferhöhleneiterung festgestellt werden konnte. Die Richtigkeit der Angaben von Lubliner wird von Fein (8) bezweifelt; derselbe schreibt, dass, wenn ein Zusammenhang zwischen Kieferhöhleneiterungen und Thränengangerkrankungen, der ja in vielen Fällen nicht zu leugnen ist, besteht, er nur auf dem Umwege durch die Nase ausreichend erklärt werden könne.

Pathologie des Thränenapparats.

Diese wird hier nur insofern berührt, als Indikationsstellung und Auswahl eines intranasalen oder anderen operativen Eingriffes doch wesentlich von der Localisation, Art und Ausbreitung der Krankheit abhängt. In dieser Beziehung müssen wir unterscheiden:

1. Epiphora in Folge von Hypersecretion oder Innervationsstörungen der Thränendrüse (Basedow, Migräne, Facialislähmung usw.), ferner Erkrankungen der Thränenpunkte und der Thränenröhrchen, bei welchen eine rhinologische Aufgabe überhaupt nicht gestellt wird.

2. Mechanische Compression oder Verschluss des Ductus nasolacrymalis in Folge eines Nasenleidens.

3. Per continuitatem oder per contiguitatem, eventuell auch primär entstandene Erkrankungen des Thränennasenkanals und des Sackes (Schwellung, Eiterung oder Geschwürsbildung mit nachfolgender narbiger Stenose des Ductus nasolacrymalis, Ektasie des Sackes mit nachfolgender Atrophie der Wände).

4. Tuberculose, Lues und Sklerom des Thränenkanals.

5. Die congenitale Atresie des Thränenkanals.

6. Verschluss des Ductus in Folge von Verletzung bei aus anderen Gründen ausgeführten Operationen.

Bei all diesen Erkrankungen ist die Feststellung der Localisation, ob die Erkrankung im membranösen oder knöchernen Theile des Kanals sitzt und in welchem Zustande sich der Thränensack befindet, von grösster Wichtigkeit.

Therapie.

I. Behandlung der Krankheiten des Thränenapparats von aussen.

Die ophthalmologische Therapie, welche hier nur vollständigkeitshalber kurz aufgeführt wird, besteht in Spaltung der Thränenpunkte und der

Thränenkanälchen, Ausspritzung und Sondirung des Sackes und des Ductus nasolacrymalis, zumeist mit den Bowman'schen Sonden, und bestand in Fällen, wo durch diese Verfahren oder durch Anwendung von Dauersonden kein Erfolg erreicht werden konnte, bis vor 8 Jahren nur noch in der Exstirpation des Thränensackes.

Von Autoren, welche den nasalen Ursprung der Erkrankungen der Thränenwege erkannt hatten, ist Couetoux (6) zu erwähnen, welcher 1897 die Sondirung von oben empfiehlt.

Eine radicalere Art der Sondirung ist jene mit Dauersonden. Schirmer [cit. n. Meyer (27)] berichtet bereits 1874 über zum Theil weit zurückliegende Versuche der Einführung von Haarseilen und Fäden zu diesem Zweck. Vulpius (64) behandelte die Stenosen mit Dauersonden, die er aus Silberdraht für jeden Fall zurechtbog. Von der grossen Zahl ähnlicher Versuche soll hier nur der von Koster und Kahn (19) erwähnt werden: ihre Methode ist auch die permanente Drainage mittels eines doppelten Seidenfadens. Die Technik ist schwierig. Der Kanal wird vom Thränenpunkt aus sondirt und durch die Hohlsonde hindurch eine äusserst feine Kupferdrahtschlinge als Mandrin hindurchgeführt. Im unteren Nasengang wird dieselbe gefasst und ein Seidenfaden an demselben befestigt und der letztere sodann nach oben durch den Kanal gezogen. Auf den Backen werden dann die beiden Enden des Fadens zusammengeknüpft. Der Faden bleibt wenigstens 3—4 Wochen liegen, bei alten Leiden noch länger, bis alle Schleimabsonderung gänzlich aufgehört hat. Der Faden wird mittelst 3proz. Chlorkalilösung regelmässig gereinigt. Eine kleine Serie von Krankengeschichten illustrirte die guten Erfolge. In 1909 publicirte Koster (20) weitere 32 Fälle; der Faden lag 1—3 Monate.

Für jene Fälle, wo die erwähnten ophthalmologischen Methoden keine Hilfe bringen konnten, und dann für jene, an welchen so schwere und irreparable Veränderungen des Thränensackes, wie hochgradige Dilatation, Atonie und Atrophie der Sackwand vorlagen, blieb nur der radicalste Eingriff die Exstirpation des Thränensackes übrig. Die Technik dieses Verfahrens wurde 1904 von Aubaret (1) dahin modificirt, dass er nach erfolgter Sackexstirpation für eine gute Drainage durch die Perforation des unteren Theiles des Thränenbeins sorgte, was jedenfalls eine chirurgische Vervollkommnung der Methode darstellt.

So stand die Frage der Behandlung von aussen, als 1904 der italienische Rhinologe Toti (54) mit seiner geistreich ersonnenen Methode der Dacryocystorhinostomie die Möglichkeit darbot, einer grossen Zahl von Kranken, welche bisher von ihrem Leiden nur um den Preis einer Verstümmelung befreit werden konnte — denn als solche ist doch im Kleinen die Exstirpation des Sackes mit ihren Folgezuständen zu be-

trachten — den brauchbaren Theil des kranken Thränensackes zu erhalten und dabei für genügende Ableitung der Thränen zu sorgen, kurz das Leiden unter Beibehaltung der physiologischen Verhältnisse auszuheilen. Die Beschreibung seiner Principien, welche er in einer Reihe von Publicationen (54—61) vertrat, lässt sich im Folgenden zusammenfassen: Bogenförmiger Weichtheilperiostschnitt (genaue Angaben in den orig. Publicationen 58, 59 und 61) mit Ablösung des Periostes von der Fossa sacci lacrymalis; der abgehobene Lappen enthält den Thränensack. Es folgt hierauf das Anlegen einer breiten Communication mit der Nasenhöhle durch Resection der Knochenwand, wobei nicht selten im Wege liegende Siebbeinzellen eröffnet und resecirt werden. Entfernung der ganzen hinteren Wand des Thränensackes und Resection der Nasenschleimhaut. Naht. Die Operation soll in localer Anästhesie ausgeführt werden. Eine Tamponade der Nase während der Operation ist überflüssig, auch nach der Operation ist das Fortlassen der Tamponade ohne Nachtheil versucht worden und dürfte vielleicht in der Zukunft als vortheilhaft erscheinen. Die Grundidee der Anlegung einer permanenten Communication zwischen Sack und Nasenhöhle ist eine alte, wie dies Toti in seiner letzten Publication (61) bemerkt, die Idee aber, zu diesem Zwecke den Sack von hinten blosszulegen und seine innere Wand zu exstirpiren, ohne die äussere Wand zu berühren, gehört Toti und der zweckmässige Gedanke, die innere Sackwand in toto zu exstirpiren ist ein Product seiner Erfahrung mit seiner Operation.

Die Resultate der Dacryocystorhinostomia sind entsprechend der vielen feinen und sehr wichtigen Nuancen der Operation in den ersten Fällen in Bezug auf das Endresultat nicht so zufriedenstellend wie nach Aneignung der nöthigen Erfahrung, auch scheint, wie Toti sagt, die Auswahl der Fälle einen grossen Einfluss auf die Resultate auszuüben. Bei Onodi (32) finde ich erwähnt, dass Axenfeld, Fricker und Zimmermann sich nicht sehr günstig über die Methode äussern. Schirmer (43) sowie Salus und Elschnig (42) haben 1908 resp. 1909 Heilung in mehr als der Hälfte der Fälle erzielt. Die eigenen Resultate von Toti werden am besten durch eine briefliche Mittheilung vom 20. Juni d. J. illustrirt, in der er mir Nachricht über 130 Fälle, welche im Verlaufe von 8 Jahren operirt wurden, giebt. Er schreibt, dass er wohl gegen ein Dutzend Misserfolge hatte, beinahe alle in den ersten Jahren; die Ursache dieser Misserfolge lag, wie er im grössten Theil dieser Fälle durch eine zweite Operation hat controliren können, in technischen Fehlern. In den 41 Fällen, welche er in den letzten zwei Jahren operirt hatte, ist nur ein Fall vorgekommen, wo der Erfolg bloss partiell war, insofern, als die Eiterung wohl ausheilte, eine unbedeutende Epiphora aber zurückblieb, doch so gering, dass die Patientin nicht das Bedürfniss nach Sondirung fühlt. Was die Methode

leistet, beweisen 2 Fälle von congenitaler Eiterung und hochgradiger Ektasie des Sackes bei Mädchen von 2 und 10 Jahren, welche vollständig ausheilten. Für die Operation sind technisch jene Fälle die günstigsten, welche unbehandelt sind, wo keine Spaltung der Thränenkanälchen und Sondirung des Ductus stattfand; besonders die Fälle mit Tumor lacrymalis, die ausgeprägten Sackektasien mit leicht aus einem oder beiden Thränenkanälchen herauszupressenden Inhalt von Thränenflüssigkeit und Schleim-Eiter. Toti giebt den Augenärzten den Rath, zuerst durch die Operation einer gewissen Zahl von solchen Fällen sich die nöthige Erfahrung in der Technik anzueignen, bevor sie zu schwierigeren oder unsicheren Fällen übergehen. Er ersucht die Collegen, welche durch Florenz reisen ihn aufzusuchen und seine Resultate zu controlliren. Die Technik der Operation ist besonders dann schwer und complicirt, wenn es sich auch um Resection des Siebbeins handelt, dieses soll der Punkt sein, welchen die Ophthalmologen zumeist zu befürchten haben.

Modificationen der Toti'schen Dacryoscytorhinostomia sind von Lagrange-Aubaret, Neumayer und L. Blaskovics publicirt worden. Unter diesen ist die Operation von Lagrange-Aubaret (22) eine vereinfachte Toti'sche Operation, welche von seiner Methode die Blosslegung des intacten Sackes von hinten und die Resection von dessen hinterer Wand acceptirt, während die Knochenresection auf das Thränenbein beschränkt bleibt. Die Resection von etwa hinter dem Thränenbein liegenden Siebbeinzellen ist hier nicht angegeben. Neumayer (29) erwähnte in einer Discussion, dass er auch eine Methode ausgearbeitet habe, um bei Stenosen des Thränennasenkanals das Secret oberhalb der Stenose in die Nase hineinzuleiten, auf die Weise, dass er den Thränensack in die Nase hineingezogen habe. Die Weichtheile wurden dem inneren Augenhöhlenrande entlang durchgeschnitten, das Periost mit dem Thränensack nach dem Bulbus zu abgedrängt und ein grösseres Fenster nach der Nase zu ausgemeisselt, in dieses Fenster der Thränensack eingepflanzt und die Weichtheile vernäht. Das Resultat ist sehr zufriedenstellend. L. Blaskovics (2) hat die Toti'sche Operation dahin modificirt, dass er nur einen kleinen Theil des Sackes, in welchen die Thränenkanälchen münden, übrig liess, die Nase wurde mit der Schleimhaut gemeinsam breit eröffnet, nicht tamponirt und von aussen wurde ein Druckverband aufgelegt. In 12 auf diese Weise operirten Fällen war der functionelle Erfolg bis jetzt vollständig.

Eine entfernte Aehnlichkeit mit der Toti'schen Methode haben die Operationen von Goris und Broeckaert. Goris [cit. n. Onodi (32)] konnte 1905 eine Eiterfistel des Thränensackes in der Weise zur Heilung bringen, dass er den cariösen Theil des Knochens entfernte und eine Drainage

mit der Nasenhöhle herstellte. Er behandelt seither die chronischen Thränensackeiterungen in der Weise, dass er den Thränensack eröffnet, einen Knochentheil entfernt, einen Kautschukdrain anlegt und die Wunde schliesst. Broeckaert (3) empfiehlt bei Fällen von chronischer Dacryocystitis und hartnäckigem Thränenträufeln folgende Operation, die eine permanente Drainage der Thränen nach der Nasenhöhle sichert und zwar ohne die geringste sichtbare Narbe: 1. Spaltung des Canalis lacrymalis; 2. Incision der Conjunctiva nach innen von der Karunkel; 3. Eröffnung des Thränensackes durch seine äussere Wand; 4. Abtragen der äusseren Wand des Thränensackes mit Eindrücken des Knochens; vermittelst Curette wird die Rinne des Os unguis und die innere Wand des Nasenkanals ausgegraben, so dass man eine breite und leichte Communication mit der inneren Nasenhöhle herstellt; 5. Naht der Conjunctiva. In der darauffolgenden Discussion theilte Struycken (51) mit, dass die Communicationsöffnung nach der Nase sich in Zeit von wenigen Monaten häufig schliesse, selbst wenn sie mit Schleimhaut ausgekleidet und der Thränensack nicht entfernt worden ist. In vielen Fällen von eitriger Rhinitis und Ozaena erscheint ihm die subconjunctivale Abtragung nicht ohne Gefahr.

II. Behandlung der Krankheiten des Thränenapparats von der Nase aus.

A. Intranasale causale Behandlung.

Alle Arten von Nasenkrankheiten, welche gleichzeitig mit Erkrankungen des Thränenapparats nachgewiesen werden, müssen selbstverständlich beseitigt werden. Der Nachweis eines Zusammenhanges zwischen beiden Erkrankungen dürfte am besten auf diese Weise erbracht werden, ausgenommen die Fälle, in welchen sich bereits derartige Veränderungen des Sackes oder des Ductus vorfinden, welche auf die Beseitigung der Nasenerkrankung nicht mehr reagiren; in diesen Fällen kann die Frage, ob wirklich ein Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten besteht, nur nach Beobachtung einer grösseren Anzahl von Fällen, von welchen mehrere auf die causale Therapie reagirt hatten, entschieden werden.

Lubet-Barbon (23) hat bereits 1889 durch Behandlung der Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln Epiphora zur Heilung gebracht. Im selben Jahre empfiehlt Seifert (47) die gründliche chirurgische Behandlung der Tuberculose der Nase, um dieselbe Erkrankung des Ductus und des Sackes günstig zu beeinflussen. Kiesselbach (16) fand die Ursache der Epiphora meistens darin, dass die untere Muschel der äusseren Nasenwand anlag, und schlug die Beseitigung des mechanischen Verschlusses vor. Vossius (63) beschrieb 1891 einen Fall von angeborener Thränensackfistel bei angeborenem Verschluss des unteren Endes des Ductus nasolacrymalis.

Die Durchstossung des nasalen membranösen Verschlusses gelang mit dem Stilling'schen Messer; durch nachfolgende Dilatation wurde die gemachte Communication offen gehalten. Schweinitz (46) meint, dass in geeigneten Fällen auch radicalere Eingriffe in der Nase von Nutzen sein könnten. Fischer (10) hat in einem Falle von doppelseitigen Thränencysten die vorderen Enden beider unteren Muscheln abgetragen, worauf die Cysten sofort schwanden. Es handelte sich also, wie er schreibt, bloss um Verlegung der Mündungen durch gewucherte Nasenschleimhaut. Meyer (27) beschreibt ausführlich die rationelle Behandlung der Krankheiten des Thränenkanals. Wo nur eine nach aussen convexe Muschel, wie er sie 1906 beschrieb, das Thränenleiden verschuldet, ist die Abspreizung der unteren Muschel die gegebene Abhülfe. Geht die Ansatzlinie der Muschel vorn tief hinab, so macht er auf Vorschlag von Ritter zuvor einen kleinen Scheeren- oder Messerschnitt, um die Muschel beweglicher zu machen. Die Wegnahme eines Theils der gesunden Muschel erscheint ihm ein ungerechtfertigter Eingriff. Ist die abnorme Muschelform durch eine Crista oder Verbiegung des Septum bedingt, so ist diese zunächst zu operiren, die Correctur der Muschelstellung folgt alsbald. Hyperplasien, eiterige Entzündungen und Ozaena müssen beseitigt werden. Marx (26) hat eine Zahncyste, welche den Nasenboden emporwölbte und den Ausmündungsgang des Ductus völlig verlegte, operirt und das Thränenleiden dadurch geheilt. Haike (13) hat in einem Falle von Epiphora, welche von den Augenärzten lange Zeit erfolglos sondirt wurde, die hochgradig hypertrophische untere Muschel weggenommen und unmittelbare Heilung erzielt. Rhese (40) hat einen Fall durch Entfernung eines grossen Nasensteines, von dessen Existenz der Patient unbegreiflicherweise keine Ahnung hatte, in kurzer Zeit geheilt. Ferner fand er, dass stark lateralwärts gedrückte vordere Enden der mittleren Muschel Verengerungen im Verlaufe des Thränennasenkanals im mittleren Nasengange verursachen können, in welchen Fällen die Operation zur Heilung führte. Musehold (28) hat durch Adrenalisirung der Gegend der Thränennasenkanalmündung einige Male die Epiphora geheilt.

B. Die retrograde Sondirung des Ductus nasolacrymalis.

Die Idee, eine ungefähr S-förmig gekrümmte Sonde durch die Nase in den Ductus einzuführen, stammt von La Forest, 1730, her, wurde von Dubois aufgenommen und von Gensoul modificirt. Er hatte für jede Seite eine besondere Sonde von jägerhornförmiger Krümmung, welche ohne rhinoskopische Controle angeblich in den Ductus, nach Pilz (Lehrbuch der Augenheilk. 1859) aber nur bis zu dessen Mündung eingeführt wurde. Die Einführung war sehr schmerzhaft.

Corradi (5) schreibt, bei gewissen Affectionen der Conjunctiva und der Thränenwege, wenn die üblichen Heilmethoden versagt hätten, solle der Patient von einem Rhinologen untersucht werden, welcher beweisen werde, dass eine einfache Behandlung durch Sondirung von der Nase aus zur Heilung führen kann. Weitere Daten, welche ich der Freundlichkeit des Herrn Collegen A. Toti (Firenze) verdanke und die von ihm mir gütigst geschickten Abbildungen zeigen, dass Corradi die Gensoul-schen Hohlsonden benutzt hatte mit besonderer Krümmung für die rechte und die linke Seite. Nach der Einführung schlägt er vor, Luft einzublasen. Ueber seine Resultate hat er nichts berichtet, nur behauptet, dass die Einführung weder schwierig, noch schmerzhaft sei, wenn man Cocain anwendet. Herr College Toti schrieb mir, dass in der Publication nicht einmal dessen Erwähnung gethan wurde, ob die Patienten, bei welchen die Sondirung angewendet war, an Dacryocystitis oder an Stenose des Ductus litten.

Polyák (36) hat den anatomischen Verhältnissen entsprechende Sonden verfertigt, deren aufsteigender Theil nicht grösser als die Entfernung der nasalen Mündung des Ductus vom Nasenboden war, welche folglich nur so weit in den Kanal hinaufgeschoben werden konnten, wie ihre Länge von der Spitze bis zum inneren Winkel beträgt. Der Biegungswinkel ist mit 80° angegeben. Für engere Nasenhöhlen und für Fälle ohne Vor-operation sind Sonden von einer Höhe von 13 mm verfertigt. Die Dicke der Sonden geht nach dem englischen Kathetermaass von 1—6. Sonde No. 1 besitzt einen Durchmesser von 1,5 mm, Sonde No. 6 aber einen von 4 mm. Zur Ausführung der Sondirung ist zumeist die Resection des vorderen Endes der unteren Muschel nöthig; bei dieser Operation soll die Gegend der Mündung des Ductus nachgesehen und von pathologischen Veränderungen sofort befreit werden, worauf die Sondirung sofort zu folgen hat. Für narbige Verschlüsse des Ductus selbst sind spitze scharfe Sonden zu deren Durchbrechung angegeben, ebenso Canülen zum Durchspritzen des Ductus und des Thränensackes von der Nase aus. In einer zweiten Mittheilung (37) wird über 7 Fälle berichtet, in denen fünfmal die Vor-operation nöthig war. Von diesen Fällen sind drei als zur retrograden Sondirung ungeeignet auszuscheiden, (eine Stenose dicht unterhalb des Thränensackes, eine Dacryocystitis mit Rhinitis scrophulosorum ohne Stenose und ein Fall von Lues mit Wucherungen um die Mündung herum). Von den übrigen 4 Fällen sind drei geheilt worden.

In einer Discussion erwähnt Schmidt (44), dass er einige Male den untersten Theil des Thränennasenkanals wegen Stenose von der Nase aus erweitert hatte. Leider ist nicht angegeben, nach welcher Methode die Erweiterung ausgeführt wurde.

Die retrograde Sondirung wurde von ophthalmologischer Seite überhaupt nie versucht, Kuhnt (21) vermag ihr kein nennenswerthes Indicationsgebiet zuzusprechen, hält sie für höchst schwierig und für Arzt wie Kranken mühselig; auch müsse sie nothwendigerweise immer unvollständig bleiben, weil sie nur bis zum Thränensacke auszuführen ist.

Referent meint, dass die retrograde Sondirung ihr Indicationsgebiet erst dann verloren hat, als durch die Eröffnung des Thränennasenkanals im mittleren Nasengange eine einfachere und dabei bessere Erfolge bietende Methode mit viel weiterem Indicationsgebiet gefunden wurde.

C. Die intranasale Eröffnung des Thränennasenkanals und des Thränensackes.

1. Vom unteren Nasengange.

Caldwell [cit. n. Onodi (32)] führte im Jahre 1893 bei einem Falle von Stenose des Thränennasenganges eine Sonde bis zur Stenose des Ganges, entfernte mittelst eines elektrischen Trepans einen Theil der unteren Muschel, eröffnete den Gang bis zur Sonde und stellte eine Drainage her.

In der, dem Vortrage Seifert's folgenden Discussion 1899 machte Killian (17) darauf aufmerksam, dass man den Thränennasengang von der Nase aus nach Entfernung des vordersten Theiles der unteren Muschel mit dem neuen, aufwärts gekrümmten Hartmann'schen Conchotom aufbrechen kann, wenn eine vom Auge her eingeführte Sonde zur Führung dient. Bei Tuberculose des Thränennasenganges könnte ein solches Vorgehen gelegentlich nothwendig werden.

Passow (33) hat 1901 diese Ideen zu einer Operationsmethode ausgearbeitet, die er folgenderweise angiebt: „Zunächst wird unter localer Anästhesie das vordere Ende der unteren Muschel mit der Cooper'schen Scheere entfernt. Einige Tage später, nachdem die Reaktion abgelaufen, wird in Narkose, nach Einlegung einer Bowman'schen Sonde mit dem Hohlmeissel so viel von der Crista turbinalis des Oberkiefers und vom Thränenbein fortgenommen, dass der häutige Kanal bis zum Thränensack hinauf frei liegt. Dass dies der Fall ist, erkennt man daran, dass die eingelegte Sonde freier beweglich wird; auch kann man sich darüber mit einer zweiten Sonde leicht vergewissern. Im Weiteren wird nun der häutige Kanal der Sonde entlang mit einem feinen geknöpften Sichelmesser bis oben hinauf gespalten. Ist dieses geglückt, so kann man die durch die Thränenkanälchen eingeführte Sonde in der Nase frei bewegen. Sie wird nach Abtupfen des Blutes bis zum Thränensack hin sichtbar. Während der Operation schafft man sich den nötigen Einblick in die Tiefe der Nase durch das Jurasz'sche Speculum. Man kann auch einzeitig operiren, d. h. in der Narkose an die Entfernung des vorderen Endes der mittleren

Muschel sogleich die Spaltung des Kanals anschliessen." Drei geheilte Fälle illustriren den Erfolg dieser Operation.

Strazza's Operation (50) ist mit der von Passow vollkommen identisch; jedoch fügt er die Angabe hinzu, auf diese Weise bis in den Thränensack gelangt zu sein, worauf er diesen freigelegt, breit eröffnet und ausgekratzt hat. Er hat auf diese Weise einen Patienten auf beiden Seiten operirt. Ebenfalls identisch ist die von Okunew (30) beschriebene Operation, welcher das vordere Drittel der unteren Muschel entfernt und dann den Thränenkanal mit seiner Zange in eine offene Mulde verwandelt. Die Publication enthält 6 gute Fälle.

Svershewski (52) meint, dass die Okunew'sche Methode eine gewisse Zukunft hat. Ritter (41) hat gehört, dass die Passow'sche Methode wieder aufgegeben worden sei, weil bei den so Operirten beim Schneuzen Nasensekret aus den unteren Thränenpunkten herausfloss. Wolff (68) hat diese Operation in zwei Fällen versucht, ist aber nicht so hoch hinaufgegangen, dass die Sonde horizontal durchgeführt werden konnte. Der Erfolg war ein momentaner, nach ein paar Tagen trat das Thränenträufeln aber wieder auf und die Oeffnung im Thränennasenkanal granulirte wieder zu. Verf. meint, dass vielleicht sein Vorgehen nicht radical genug war.

2. Eröffnung des Thränennasenkanals im Vorhofe des mittleren Nasenganges.

Diese Methode ist von West und Polyák unabhängig von einander erfunden und ausgeführt worden.

J. M. West (65, 66) hat 1910 unter localer Anästhesie die Resection eines Fensters in dem nasolacrymalen Gang im oberen Theile der Nase oberhalb der Concha inferior angegeben, welche die Entfernung eines Stückes des Os lacrymale und Os maxillae superioris nöthig macht. Die Resection wird mit Hohlmeisseln ausgeführt. Diese Methode entfernt eine Strictur im oberen Theile des Kanals, lässt aber eine etwaige Stenose im unteren Theile unberührt, was jedoch keinen Unterschied macht, solange die Thränen durch das künstliche Fenster abfliessen können. Wenn möglich, sollte vorher nach Aufschneiden des Canaliculus eine Sonde zur besseren Orientirung in den Ductus eingeführt werden. Dr. Randolph empfahl dem Verf. anstatt des präliminären Spaltens des Canalicus die Einführung einer feinen Sonde in den Ductus durch das erweiterte Punctum. Diese Verbesserung der Technik soll später befolgt werden. Von 7 Fällen wurden auf diese Weise 5 geheilt und 2 gebessert. Ein weiterer geheilter Fall von Epiphora ist vom Verf. (67) im Anfange dieses Jahres demonstrirt worden, bei welcher Gelegenheit er auf die Bemerkung von Halle

zugab, dass einige von seinen operirten Patienten beim Schnauben Luft aus den Augen herausbliesen.

Polyák (38, 39) hat einen Fall von undurchgängiger Stenose des Ductus am 3. März 1909 anderthalb Jahre vor dem Erscheinen der West-schen Publication auf die Weise operirt, dass er den Ductus, in welchen eine Sonde eingeführt wurde, mit dem Hohlmeissel im Vorhofe des mittleren Nasenganges in localer Anästhesie vorsichtig eröffnete und den gebildeten Lappen mit einem Conchotom abtrug. Das 10 Jahre alte Mädchen, welches seit der Geburt an Dacryocystoblennorrhoe litt, ist durch diesen Eingriff vollständig geheilt worden. Die Operation ist einfach, kurz und ohne Gefahr; ein nachträglicher Verschluss der gebildeten Oeffnung ist kaum zu befürchten, da die Epithelisirung der Wunde um die Oeffnung herum aus dem Epithel des durchgeschnittenen Ductus stattfindet und ausserdem kann die Mündung durch Sondirungen von oben leicht offen gehalten werden.

Halle (14) hat in einem Falle in Narkose und mit peroraler Intubation das eiternde Siebbein auf beiden Seiten ausgeräumt und den Thränenkanal auf einer Seite eröffnet. Die Operation musste wegen starker Blutung unterbrochen werden. 8 Tage später erfolgte die zweite Operation wieder in Narkose und mit peroraler Intubation und diesmal wurde die Operation auf die Weise ausgeführt, dass Halle die Schleimhaut an der von West angegebenen Stelle abpräparirt, den Knochen blossgelegt, ein Fenster ausgemeisselt, die Sonde aufgesucht und den Thränenkanal der Länge nach gespalten hat. Der weitere Theil der Publication wird durch eine Discussionsbemerkung des Verfassers (Laryngol. Ges. zu Berlin, 1912, I, 26; Berliner klin. Wochenschr., 1912, No. 11, S. 512) ergänzt, wo Verf. seine Modification folgenderweise angiebt: Thränenkanälchen werden nur ganz klein eröffnet, Schleimhautschnitt am vorderen Rande der unteren und mittleren Muschel, etwa $1^1/_2$—2 cm nach vorn. Die vorderen Enden werden durch einen Längsschnitt verbunden, Schleimhaut und Periost nach hinten abgelöst und herübergeklappt. Nach Durchmeisselung des aufsteigenden Kieferastes kommt man in den Thränennasenkanal, dessen lateraler Theil weggenommen wird, während der mediale stehen bleibt und zwar etwa $^1/_2$—$^3/_4$ cm lang. Dadurch wird gewissermaassen eine Klappe geschaffen, die beim Schnauben sich der lateralen Wand anlegt. Hat man die Klappe gebildet, so schneidet man ein dreieckiges Stückchen vom oberen Rande des Schleimhautlappens ab, genug, um oben den durchgeschnittenen Kanal freizulassen. Dadurch wird nur ein kleiner Defect erhalten. Die untere Schleimhaut legt sich an und heilt am nächsten Tage. Der Erfolg ist glänzend. Drei geheilte Fälle wurden demonstrirt.

Polyák (Vorläufige Mittheilung) hat seine Methode, um den Luftaustritt durch die Thränenkanälchen beim Schnauben zu vermeiden, dahin

modificirt, dass er in Fällen, in welchen die Thränenkanälchen noch nicht gespalten wurden, auf die Spaltung und Einführung der Sonde von oben ganz verzichtet. Die Eröffnung des Thränennasenkanals im Vorhofe des mittleren Nasenganges nach seinen Vorschriften lässt sich ganz gut und sicher ausführen, auch wenn keine Sonde im Kanal liegt. Im Gegentheil lassen sich von hier Sonden mit ganz starkem Caliber nach unten bis zur Oeffnung im unteren Nasengange und nach oben bis in den Thränensack hinein einführen. Sollte sich trotz Intactbleibens der Thränenpunkte und Kanälchen Luft durch diese beim Schnauben durchblasen lassen, dann kann diese Methode mit der Modification von Halle combinirt werden.

3. Die intranasale Eröffnung und Resection des Thränensackes.

Polyák (Vorläufige Mittheilung) hat bei Versuchen an der Leiche um eine „intranasale Dacryocystorhinostomie", wie sie Toti von aussen angiebt, zu machen, gefunden, dass diese Operation intranasal, wenn man die Wunde in der Höhe des Thränensackes, also unmittelbar vor dem Ansatze der mittleren Muschel anlegt, stets mit Eröffnung von mehreren Siebbeinzellen (präfrontale und Proc. uncinatus-Zellen) verbunden ist, wobei manchmal ein über 1 cm breiter Theil des Siebbeins resecirt werden muss, um bis zu dem Sacke zu kommen, was mit dem Anlegen einer grösseren Wunde und eventuell nachfolgender Eiterung und Granulation des eröffneten Siebbeins verbunden sein konnte. Um die Operation möglichst einfach zu machen, wird in localer Anästhesie zuerst ohne Spaltung der Thränenkanälchen und ohne Sondirung von oben der Thränennasenkanal im Vorhofe des mittleren Nasenganges eröffnet, von hier eine feine Sonde in den Sack hineingeführt und daneben der schmälere Theil einer für diesen Zweck construirten schneidenden Zange in den Ductus hineingeführt und auf diese Weise der Ductus von hier bis in den Sack hinein eröffnet. Mit anderen entsprechend construirten Knochenstanzen lässt sich dann von der geschaffenen Oeffnung aus das Thränenbein und die hintere (nasale) Wand des Thränensackes reseciren, allerdings wegen der Raumverhältnisse nicht in dem Maasse wie bei der Toti'schen Operation. Auch eine Curettirung des Thränensackes kann dieser Operation angeschlossen werden. Verfasser meint, dass bei Eiterung und Dilatation des Thränensackes zuerst bloss die Eröffnung des Thränennasenkanals vom mittleren Nasengange versucht werden soll, besteht die Eiterung weiter, dann kann die erste Operation wann immer zu einer intranasalen Eröffnung und Resection des Thränensackes ergäuzt werden und nur für Fälle, in welchen diese Methoden versagt hatten, ist eine Operation von aussen und dann in erster Reihe Toti's Dacryocystorhinostomie, welche den einen Nachtheil hat, dass sie eine sichtbare Narbe zurücklässt, auszuführen.

Halle (Briefliche Mittheilung vom 8. VII. 1912) eröffnet den Thränensack im Anschluss an seine oben erwähnte Modification auf folgende Weise: Bildung des Schleimhautperiostlappens wie oben angegeben. Durchmeisseln der Maxilla superior im oberen Theil. Freilegen des Sackes bzw. obersten Theils des Kanals. Der Sack wird aus dem Kanal (Ductus osseus) herausgehebelt, die laterale Wand frei gelegt und nun erstens der Kanal (Ductus membranaceus) quer durchschnitten, dann der Länge nach gespalten und nach lateralwärts durchgetrennt. So bleibt ein klappenförmiger Rest des Sackes stehen. Dieser wird, auch wenn er schrumpft, beim Anblasen sich als Klappe an die laterale Wand legen müssen und das Durchtreten von Luft ganz oder theilweise verhindern. Weitere Wundversorgung wie oben angegeben.

III. Die Eröffnung und Resection des Thränennasenkanals von der Kieferhöhle aus.

v. Eicken (7) giebt 1911 ein neues Verfahren zur Beseitigung von Stenosen des Thränennasenkanals an. Die Kieferhöhle wird von der Fossa canina aus breit eröffnet, die knöcherne Wand des Thränennasenkanals entfernt und der Kanal freigelegt. Reicht das Dach der Kieferhöhle nicht weit über die Insertion der unteren Muschel hinauf, dann kann auch ein Theil des compacten Processus frontalis des Oberkieferbeins mitresecirt und der Kanal bis zu dem Thränensacke freigelegt werden. Gewöhnlich wird der Thränennasenkanal hoch oben resecirt, von der Kieferhöhle eine breite Communication in die Nase im mittleren und in dem unteren Nasengange gemacht. Von 6 auf diese Weise operirten Fällen sind 4 als geheilt anzusehen.

Onodi (32) hält diese Methode indicirt bei Kieferhöhlenempyemen oder in Fällen von sehr ausgebreiteten vollständigen Stenosen des Thränennasenganges, wo einerseits Voroperationen (Entfernung der Muschelhypertrophien, Leisten, Verbiegungen der Nasenscheidewand usw.) nothwendig sind, und wo andererseits eine Destruktion der knöchernen Wand des Thränennasenganges vorhanden ist.

Literaturverzeichniss.

1. Aubaret, Annales d'oculistique. H. 8. 1904 (cit. n. Toti).
2. Blaskovics, L., Zwei mit modificirter Toti'scher Operation geheilte Fälle von Eiterung des Thränensackes. VII. Jahresvers. der ungar. Augenärzte in Budapest. Centralbl. f. Laryng. S. 236. 1912.
3. Broeckaert, Ein neues Verfahren für die Exstirpation des Thränensackes mit Nasendrainage, ohne sichtbare Narbe. XXI. Jahresvers. der Belgischen oto-laryngo-rhinol. Ges. in Gent 1911. Centralbl. f. Laryng. S. 519. 1911.

4. Brückner, A., Nase und Auge in ihren wechselseitigen pathologischen Beziehungen. Würzburger Abhandlungen. Bd. XII. H. 2—3. 1911.
5. Corradi, Catheterismus, Lufteinblasungen etc. des Thränennasenganges von der Nase aus und der eventuelle Nutzen dieser Methode bei verschiedenen Augenkrankheiten. Rev. ven. di sc. med. 1894. Centralbl. f. Laryng. S. 513. 1894/95.
6. Couetoux, Der nasale Ursprung der Augenaffectionen und der Catheterismus der Thränenwege. Annales d'ocul. 1897. Centralbl. f. Laryng. S. 358. 1898.
7. v. Eicken, C., Ein neues Verfahren zur Beseitigung von Stenosen des Thränennasenkanals. Verhandl. des Vereins deutscher Laryngologen. S. 168. 1911.
8. Fein, J., Ueber Beziehungen zwischen Kieferhöhle und Thränennasengang. Arch. f. Laryng. Bd. XXVI. H. 1. 1912.
9. Fick, Vorträge über Tuberculose des Thränensackes. Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 7. 1891. Centralbl. f. Laryng. S. 565. 1891/92.
10. Fischer, E., Ueber einen Fall von doppelseitiger Thränencyste, geheilt durch Resection der unteren Muschel. Arch. f. Laryng. Bd. XIII. S. 459. 1903.
11. Glück, Ueber den Zusammenhang von Augen- und Nasenkrankheiten. Inaug.-Diss. Würzburg 1890 (cit. n. Schmiegelow).
12. Gruhn, Ueber Dacryocystoblennorrhoe bei Erkrankungen der Nase. Inaug.-Diss. Würzburg 1880 (cit. n. Schmiegelow).
13. Haike, Discussionsbemerkung. Verhandl. d. Laryng. Ges. zu Berlin. S. 66. 1910.
14. Halle, Dacryocystitis beiderseits, mit Vereiterung der Siebbeinzellen, von der Nase aus operirt. Verhandl. der Laryng. Ges. zu Berlin. S. 39. 1911.
15. Hammer, Ueber die Beziehungen der Phlegmone und Fistelbildungen in der Gegend des Thränensackes zu den Nebenhöhleneiterungen der Nase. Inaug.-Diss. Rostock 1904 (cit. n. Brückner).
16. Kiesselbach, Ueber Thränenträufeln. Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1890.
17. Killian, G., Discussionsbemerkung. Verhandl. des Vereins süddeutscher Laryng. S. 340. 1899.
18. Koffer, Dacryocystitis chronica purul. in Anschluss an eine Radicaloperation von Luc-Caldwell. Verhandl. der Wiener Laryng. Ges., Januar 1910. Centralbl. f. Laryng. S. 580. 1910.
19. Koster, W. und Kan, P. Th. L., Eine neue Behandlungsweise einiger chron. Krankheiten der Thränenwege. Ned. Tydschr. v. Geneesk. II. p. 649. 1907. Centralbl. f. Laryng. S. 109. 1909.
20. Koster, W., Weitere Erfahrung über die permanente Drainage des Thränenabfuhrweges. Ibidem. I. p. 2024. 1909. Centralbl. f. Laryng. S. 214. 1910.
21. Kuhnt, Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenleiden. Verhandl. des Internat. rhino-laryng. Congresses in Wien. S. 109. 1898.
22. Lagrange et Aubaret, Traitement des dacryocystites. Annales d'oculist. Sept. 1907 (cit. n. Toti).
23. Lubet-Barbon, Hypertrophie der Nasenmuscheln als Ursache von Thränen der Augen. Congr. internat. d'otol. et de laryng. Paris 1889. Centralbl. für Laryng. S. 129. 1890/91.
24. Lubliner, Ueber die Erkrankungen der Thränenwege im Zusammenhange mit Nasenkrankheiten. Przeglad chir. 1895. Centralbl. f. Laryng. S. 325. 1896.

25. Mashennikow, Jahresb. für Ophthalmol. (cit. n. A. Meyer).
26. Marx, H., Ueber eine seltene rhinologische Ursache von Epiphora. Arch. f. Ophthalmol. Bd. 74. 1910. Centralbl. f. Laryng. S. 403. 1911.
27. Meyer, A., Nasale Ursachen und Behandlung der Erkrankungen der Thränenwege und der Bindehaut. Zeitschr. f. Augenheilk. S. 124. 1909.
28. Musehold, Discussionsbemerkung. Centralbl. f. Laryng. S. 283. 1912.
29. Neumayer, Discussionsbemerkung. Verh. d. Vereins deutsch. Lar. S. 179. 1911.
30. Okunew, Resection des Thränenkanals in der Therapie der Augenkrankheiten. Jeshemesjatschnik. No. 1. 1908. Centralbl. f. Laryng. S. 400. 1908.
31. Onodi, A., Das Verhalten der Nase und ihrer Nebenhöhlen zum Thränennasengange und die rhinologische Behandlung der Krankheiten des Ductus. VII. Jahresvers. der ungar. Augenärzte in Budapest 1911. Centralbl. f. Laryng. S. 235. 1912.
32. Derselbe, Die Beziehungen der Thränenorgane zur Nasenhöhle und zu ihren Nebenhöhlen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 4. 1912.
33. Passow, Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thränennasenkanals. Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1901.
34. Peters, Ueber die sog. Thränensackblennorhoe bei Neugeborenen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Nov. 1891. Centralbl. f. Laryng. S. 565. 1891/92.
35. Derselbe, Ergebnisse der Nasenuntersuchung von 24 Fällen von Phlegmonen und Fistelbildungen in der Thränensackgegend. Münch. med. Wochenschr. S. 147. 1905 (cit. n. Brückner).
36. Polyák, L., Die Sondirung des Ductus nasolacrymalis von der Nase aus. Arch. f. Laryng. Bd. XII. S. 379. 1902.
37. Derselbe, Mittels retrograder Sondirung behandelte Fälle von Dacryocystitis. Orvosi Hetilap. No. 1. 1904.
38. Derselbe, Discussionsbemerkung. Verhandl. des Vereins deutscher Laryngologen. S. 177. 1911.
39. Derselbe, Die Eröffnung des Ductus nasolacrymalis im Vorhofe des mittleren Nasenganges. VII. Jahresvers. der ungar. Augenärzte in Budapest 1911. Centralbl. f. Laryng. S. 236. 1912.
40. Rhese, Discussionsbemerkung. Verh. d. Vereins deutsch. Laryng. S. 178. 1911.
41. Ritter, Discussionsbemerkung. Verhandl. der Laryng. Ges. zu Berlin. S. 66. 1910.
42. Salus Elschnig, Ueber Dacryocystorhinostomie n. Toti. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. H. 6. 1908 (cit. n. Toti).
43. Schirmer, Ueber Dacryocystorhinostomie n. Toti. Zeitschr. f. Augenheilk. H. 6. 1908 (cit. n. Toti).
44. Schmidt, Discussionsbemerkung. Verh. d. Vereins deutsch. Laryng. S. 179. 1911.
45. Schmiegelow, Ueber die Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges. Arch. f. Laryng. Bd. XV. S. 267. 1904.
46. de Schweinitz, G. E., Ein paar Fälle von obstruirender Erkrankung der Thränenwege und die damit verbundenen intranasalen Processe. University med. May 1892. Centralbl. f. Laryng. S. 373. 1892/93.
47. Seifert, Tuberculose des Thränennasenkanals. Verhandl. des Vereins süddeutscher Laryng. S. 334. 1899.

48. Stewart, S. M., Verstopfung der Thränenwege und intranasale Krankheitsprocesse. Med. Era. Juli 1892. Centralbl. f. Laryng. S. 593. 1892/93.
49. Strasser, E. R., Beziehungen zwischen Erkrankungen der Thränenwege und nasopharyngealen Störungen. Centralbl. f. Laryng. S. 5. 1897.
50. Strazza, Neue Methode zur Radicalbehandlung der Thränensackeiterungen. VIII. Congress der ital. Ges. f. Laryng., Otol. u. Rhin. 1904. Centralbl. für Laryng. S. 461. 1905.
51. Struycken, Discussionsbemerkung. 21. Jahresvers. der Belgischen oto-laryngo-rhinol. Ges. in Gent. 1911. Centralbl. f. Laryng. S. 520. 1911.
52. Sversbewski, Erkrankungen der Thränenwege rhinogener Natur. Oto-laryng. Sect. des XI. Pirogow'schen Congresses in St. Petersburg. 1910. Centralbl. f. Laryng. S. 583. 1910.
53. Tilley, H., Case, in which suppuration of the lackrymal sac caused empyemata. Verh. des I. internat. Rhino-Laryng.-Congresses in Wien. S. 165. 1908.
54. Toti, A., Vorläufige Mittheilung über die Dacryocystorhinostomie. La Clinica moderna. Fir. No. 33. 1904.
55. Derselbe, Eine neue conservative Methode zur Radicalbehandlung der chronischen Thränensackeiterungen. VIII. Congress der ital. Ges. f. Laryng., Otol. u. Rhinol. 1904. Centralbl. f. Laryng. S. 461. 1905.
56. Derselbe, La Dacriocistorinostomia. Firenze 1909.
57. Derselbe, Sulla essenza, sulla tecnica e sui resultati della dacriocistorinostomia. Clinica oculistica. H. 3. 1910.
58. Derselbe, Zum Princip, zur Technik und zur Geschichte der Dacryocystorhinostomie. Zeitschr. f. Augenheilk. H. 3. 1910.
59. Derselbe, Technique systématique de la dacryocystorhinostomie. Annales d'oculistique. Juni 1910.
60. Derselbe, Exstirpation des Thränensacks und Dacryocystorhinostomie. 21. Jahresversamml. der Belgischen oto-laryngo-rhinol. Ges. in Gent. 1911. Centralbl. f. Laryng. S. 520. 1911.
61. Derselbe, Die Resultate der Rhinostomie des Thränensackes (Dacryocystorhinostomie) nach meiner siebenjährigen Erfahrung. Zeitschr. f. Augenheilk. H. 2. 1912.
62. Uffenorde, Discussionsbemerkung. Verhandl. des Vereins Deutscher Laryngologen. S. 179. 1911.
63. Vossius, Ein Beitrag zu den congenitalen Affectionen der Thränenwege. Beitr. z. Augenheilk. 11. 1891. Centralbl. f. Laryng. S. 565. 1891/92.
64. Vulpius, Die Behandlung der Thränendrüsencanalstenosen, eine rhinologische Aufgabe. Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 1896.
65. West, J. M., Fensterresection des Ductus nasolacrymalis in Fällen von Stenose. Verhandl. der Laryng. Ges. zu Berlin. S. 65. 1910.
66. Derselbe, Eine Fensterresection des Ductus nasolacrymalis in Fällen von Stenose. Arch. f. Laryng. Bd. XXIV. H. 1. 1910.
67. Derselbe, Fall von Epiphora, mittels Fensterresection operirt und geheilt. Laryng. Ges. zu Berlin, Sitzung v. 26. Jan. 1912. Centralbl. f. Laryng. S. 283. 1912.
68. Wolff, Discussionsbemerkung. Verh. d. Laryng. Ges. zu Berlin. S. 66. 1910.



III. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals; Instrumente.

1) **Grünwald. Das Lymphgefässsystem der Mundhöhle, des Pharynx und der Nase und seine Bedeutung in der Pathologie. (Le système lymphatique de la cavité buccale.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 2. 1912.*

Uebersetzung eines Vortrages, den der Autor in der Gesellschaft für Kinderheilkunde in München gehalten hat.

LAUTMANN.

2) **A. v. Sokolowski. Kommen die Lungenschwindsucht und einige andere Krankheiten der Athmungswege häufiger bei der jüdischen als der christlichen Bevölkerung vor? (Czy ludnosc zydowska czesciej niz etwzescijanska zapada u nas na suchety ptuene iniektore inne choroby drog addechewych.)** (Beitrag zu der sog. Rassenpathol.) Bearbeitet auf Grund einer Analyse von 10000 Fällen. *Gazeta lek. 1912.*

Im zweiten Theile dieser auf einem sehr grossen Beobachtungsmaterial basirenden Arbeit beleuchtet Verf. die Statistik der pharyngo-laryngealen Erkrankungen in beiden Racen. Hieraus resultirt, dass die gen. Erkrankungen öfters bei der semitischen (60 pCt.) als bei der christlichen (40 pCt.) Bevölkerung vorkommen. Die genaue vergleichende Statistik der besonderen Krankheitsgruppen müssen im Original selbst nachgelesen werden, das ebenfalls in Deutsch in der Zeitschrift für Tuberculose erschienen ist.

v. SOKOLOWSKI.

3) **Baumgarten** (Budapest). **Heilung von Infiltrationen im Kindesalter nach akuten Infektionen.** *Med. Klinik. No. 1. 1912.*

Im ersten Fall waren bei einem 12jährigen Knaben Reste von lupösen Infiltrationen in der Nase und an der Uvula nach dem Ueberstehen eines Erysipels vollkommen zurückgegangen, in einem zweiten Falle (10jähriger Knabe) bildeten sich tumorartige tuberkulöse Infiltrate des Larynxeinganges nach dem Ueberstehen einer Diphtherie zurück; ob die Diphtherie oder die Seruminjection diesen Erfolg gezeitigt haben, lässt sich nicht entscheiden.

SEIFERT.

4) **Fr. Reinking** (Hamburg). **Zur Diagnose von Fremdkörpern in den tieferen Luftwegen und in der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1911.*

Verf. zeigt an drei Beispielen, dass Fremdkörper in den tieferen Luftwegen und im Oesophagus häufig auch von sehr tüchtigen Collegen übersehen werden. Die Gründe dafür findet er in der Ueberschätzung des Röntgenbildes, in der Ueberschätzung der Ergebnisse von Auscultation und Percussion, in der Ueberschätzung des negativen Resultats bei der Sondirung des Oesophagus, endlich in der Unterschätzung des Werthes der Anamnese. Die Bronchoösophagoskopie muss viel häufiger zu Rathe gezogen werden als das bis jetzt geschieht.

ZARNIKO.

5) **Rodriguez de Mata** (Madrid). **Einige oto-rhino-laryngologische Fälle. (Algunos casos de oto-rino-laringologia.)** *Clinica y Laboratorio. Januar 1911.*

Verf. berichtet über einen Fremdkörperfall der Nase, einen Fall von Epilepsie und einen von Krampfhusten, beide geheilt durch Operation der adenoiden Vegetationen.

TAPIA.

6) **Leegaard** (Bergen). **Ueber angeborene Halsfisteln und einige mit diesen verwandte Anomalien.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Ausführliche Monographie. — Untersuchung von 23 Fällen eigener Beobachtung, deren Hauptergebnisse Verf. zum Schluss zusammenfasst:

Laterale Fisteln:

1. Die überwiegende Häufigkeit an der rechten Seite kann mit einiger Wahrscheinlichkeit ihre Erklärung in der normalen Entwicklungsgeschichte finden.

2. In seltenen Fällen liegt die äussere Fistelöffnung unterhalb der Clavicula.

3. Die Lage der inneren Fistelöffnung scheint constanter zu sein, als bisher angegeben, insofern sie fast immer in dem hinteren Gaumenbogen nahe dessen Rand liegt.

4. Es zeigt sich, dass die Fisteln nur ein Lumen haben. Ausnahmen sind wenigstens sehr selten.

5. Das Epithel der Fisteln zeigt keine regelmässige Anordnung. Platten- und Cylinderepithel finden sich den ganzen Fistelgang entlang.

6. Eine lymphoide Schicht wurde in den untersuchten Fällen fast in jedem Niveau gefunden; von diesen Fisteln kann daher angenommen werden, dass sie beinahe in ihrer ganzen Länge vom Entoderm stammen.

7. Das Entoderm spielt demnach wahrscheinlich die überwiegende Rolle bei der Fistelbildung, auch wenn die Fistel eine äussere unvollständige ist.

8. Wenn sich die Fistel bei dem Schluckakt hebt, deutet dieses Symptom darauf hin, dass eine vollständige Fistel vorliegt.

9. Die äusseren unvollständigen Fisteln haben oft eine weit längere Ausdehnung nach innen als man bei der klinischen Untersuchung feststellen kann. Ein scheinbar solider Strang nach innen gegen den Pharynx muss daher bei der Operation als Fistelgang betrachtet und behandelt werden.

10. Die Injectionsbehandlung mit Aetzmitteln darf man nicht ganz von der Hand weisen.

11. Bei der operativen Behandlung ist die einfache Exstirpation vorzuziehen. Einige angegebene Modificationen sind kaum zu empfehlen.

Mediane Fisteln:

12. Ausser den von dem Ductus thyreoglossus stammenden giebt es eine kleine Gruppe medianer Fisteln, von denen man annehmen muss, dass sie eine andere Entwicklungsgeschichte haben.

W. SOBERNHEIM.

7) **G. Hesse** (Jena). **Beitrag zur Diagnose und Therapie der Kinnfistel.** Mit 1 Abb. *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1912.*

Die meisten Kinnfisteln verdanken ihre Entstehung erkrankten Schneidezähnen; das Zahnmark äusserlich ganz gesund aussehender Schneidezähne kann durch irgend welche Momente zerfallen sein, und durch diese Zahnmarksnekrose wird der ganze Process unterhalten. Hier führt nur die Röntgenuntersuchung und das Abtasten der einzelnen Zahnkronen mit einem schwachen Inductionsstrom — um durch einen negativen Ausfall einer Empfindung den oder die Zähne mit abgestorbenem Zahnmark ausfindig zu machen — zu einer sicheren Diagnose, die

erst ein zielbewusstes therapeutisches Vorgehen ermöglicht. Eine Behandlung der Kinnfistel allein kann ohne Beseitigung des eigentlichen Herdes keine Heilung bringen. Zur Illustration berichtet Autor eine instructive Krankengeschichte: auch hier konnte eine fast 2 Jahre lang verschiedentlich von aussen behandelte mediane Kinnfistel erst durch zahnärztliche Behandlung des erkrankten Wurzelkanals spontan und endgültig der Heilung zugeführt werden. HECHT.

8) **A. Stefanini. Untersuchungen über den mittels der Inhalationsmethode Stefanini-Gradenigo erhaltenen Trockennebel. (Ricerche sulla nebbia secca ottenuta col motodo di inalazione Stefanini-Gradenigo.)** *Arch. ital. di otologia. Mai 1912.*

Der auf einer durch eine Bunsenflamme gut getrockneten, aber kalten Glasplatte aufgefangene Nebel des Inhalatoriums erweist sich unter dem Mikroskop als bestehend aus Krystallkörnchen, niemals aus flüssigen Tropfen. Die Körnchen haben alle einen Umfang von weniger als 10 μ, die allerkleinsten sind 1—6 μ gross. Aus den Untersuchungen des Verf.'s ergab sich, dass die grösseren Körnchen elektro-positiv sind, während die kleinsten und am meisten hygroskopischen elektro-negativ sind.

Es stellte sich heraus, dass für die Inhalationen am zweckmässigsten ein aus Körnchen von 1—8 μ oder höchstens 12 μ zusammengesetzter Nebel ist. Gröberer und feuchter Nebel würde nicht in die letzten Verzweigungen des Respirationstractus eindringen und könnte nur zur localen Behandlung des Kehlkopfs, des Rachens und der Nasenhöhle dienen.

Verf. hat ferner Untersuchungen angestellt über die optischen Eigenschaften der Mineralsalze des Wassers von Salsomaggiore, dessen er sich zu seinen Versuchen bediente, ferner über das spectroskopische und chemische Verhalten des Inhalationsnebels.

Schliesslich hat Verf. vergleichende Untersuchungen angestellt über den Gehalt an Mineralsalzen der Meeresluft einerseits, der Luft im Inhalatorium andererseits. Diese Untersuchungen fielen sehr zu Gunsten der letzteren aus, wobei natürlich die sonstigen günstigen Factoren des Aufenthalts an der See unberücksichtigt blieben. CALAMIDA.

9) **G. Gradenigo. Ueber den Heilwerth der Trockeninhalationen nach der Methode Stefanini-Gradenigo. (Sul valore curativo delle inalazioni a secce col metodo Stefanini-Gradenigo.)** *Arch. ital. otol. Mai 1912.*

Verf. erörtert die Indicationen und Contraindicationen der Methode; er zeigt, welchen grossen therapeutischen Werth sie sowohl für die Behandlung der localen Affectionen wie der Allgemeinerkrankungen hat. Contraindicirt ist sie bei allen acuten entzündlichen Affectionen, bei Kehlkopf- und Lungentuberculose, bei malignen Neubildungen, ganz besonders bei Krebs des Mundes, der Zunge, des Rachens und Kehlkopfs. Reizend wirken die Inhalationen auch bei gewissen Formen von chronischer Lacunartonsillitis mit acuten Exacerbationen, bei chronischen Empyemen der Nebenhöhlen etc. Verf. stellt mit Recht die Forderung auf, dass die Inhalatoriumärzte soweit specialistisch ausgebildet sein müssen, um die

richtige Diagnose stellen und die Wirkung der Behandlung überwachen zu können. Auch die Dosirung soll geregelt sein: Die ersten Sitzungen sollen nicht länger als 10—15 Minuten dauern, dann kann allmählich eine Steigerung bis zu einer Stunde Dauer eintreten. CALAMIDA.

10) C. Caldera. **Ueber den therapeutischen Werth der Trockeninhalationen mit der Methode Stefanini-Gradenigo. (Sopra il valore terapeutico delle inalazioni a secco col metodo Stefanini-Gradenigo.)** *Arch. ital. di otol. 1912.*

Die Versuche des Verf.'s zeigen, dass bei Thieren unter dem Einfluss von prolongirten — 3—4 Stunden dauernden — Inhalationen des Wassers von Salsomaggiore, ein vermehrter Stoffwechsel eintrat.

Verf. berichtet ferner über eine Anzahl klinischer erfolgreich behandelter Fälle; sie betreffen: Heufieber, Rhinitis vasomatoria, adenoide Vegetationen — vor und nach der Operation —, Ozaena, acute und subacute Tubenkatarrhe, Katarrhe des Pharynx und Larynx. CALAMIDA.

11) **Lange** (Greifswald). **Verbesserter Reflector für laryngo-rhinologische Zwecke.** Mit 2 Abb. *Münch. med. Wochenschr. No. 21. 1912.*

Wie aus den Figuren ersichtlich ist, zeichnet sich der Reflector dadurch aus, dass ein Segment der Kreisfläche des Spiegels in Wegfall kommt und dadurch das Gesichtsfeld des anderen Auges freibleibt. Dadurch, dass der Spiegel zwei an entgegengesetzten Punkten angebrachte Knöpfe für das Kugelgelenk besitzt, kann der Reflector für beide Augen benutzt werden. Die Vergrösserung der centralen Oeffnung bezweckt die Vergrösserung des Gesichtsfeldes des untersuchenden Auges. Die Stirnbinde besteht aus Hartgummi; das Ganze ist gut und sauber gearbeitet. Der Reflector wird hergestellt von Richard Woelk in Greifswald, Langestr. 26. HECHT.

12) **Determann** (Freiburg-St. Blasien). **Ein handliches Kopflichtbad.** *Med. Klinik. No. 25. 1912.*

Das Kopflichtbad mit 8 elektrischen Glühbirnen ist zu empfehlen bei rheumatischen Affectionen, am Kopf oder Nacken, bei acuten, subacuten und chronischen Katarrhen der Nebenhöhlen der Nase, bei acutem Schnupfen. Dauer des Lichtbades 10—45 Minuten. SEIFERT.

13) **Hölscher** (Berlin). **Ueber klinische Erfahrungen mit der Killian'schen Schwebelaryngoskopie.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 24. 1912.*

Mit Hülfe der Schwebelaryngoskopie wurden vom Verf. operirt: 11 mal Tuberculose, 3 mal Pachydermien und Papillome, 1 mal Polypen, 1 mal kleines Fibrom, 1 mal Folgezustände von Kehlkopfdiphtherie, 1 mal Untersuchung und Probeexcision. Zur Anästhesie wurde Skopolamin-Morphiumnarkose und Cocainisirung (20 pCt.) des Kehldeckels und des Kehlkopfinnern benutzt. SEIFERT.

erst ein zielbewusstes therapeutisches Vorgehen ermöglicht. Eine Behandlung der Kinnfistel allein kann ohne Beseitigung des eigentlichen Herdes keine Heilung bringen. Zur Illustration berichtet Autor eine instructive Krankengeschichte; auch hier konnte eine fast 2 Jahre lang verschiedentlich von aussen behandelte mediane Kinnfistel erst durch zahnärztliche Behandlung des erkrankten Wurzelkanals spontan und endgültig der Heilung zugeführt werden.

HECHT.

8) A. Stefanini. **Untersuchungen über den mittels der Inhalationsmethode Stefanini-Gradenigo erhaltenen Trockennebel. (Ricerche sulla nebbia secca ottenuta col metodo di inalazione Stefanini-Gradenigo.)** *Arch. ital. di otologia. Mai 1912.*

Der auf einer durch eine Bunsenflamme gut getrockneten, aber kalten Glasplatte aufgefangene Nebel des Inhalatoriums erweist sich unter dem Mikroskop als bestehend aus Krystallkörnchen, niemals aus flüssigen Tropfen. Die Körnchen haben alle einen Umfang von weniger als 10 μ, die allerkleinsten sind 1—6 μ gross. Aus den Untersuchungen des Verf.'s ergab sich, dass die grösseren Körnchen elektro-positiv sind, während die kleinsten und am meisten hygroskopischen elektro-negativ sind.

Es stellte sich heraus, dass für die Inhalationen am zweckmässigsten ein aus Körnchen von 1—8 μ oder höchstens 12 μ zusammengesetzter Nebel ist. Gröberer und feuchter Nebel würde nicht in die letzten Verzweigungen des Respirationstractus eindringen und könnte nur zur localen Behandlung des Kehlkopfs, des Rachens und der Nasenhöhle dienen.

Verf. hat ferner Untersuchungen angestellt über die optischen Eigenschaften der Mineralsalze des Wassers von Salsomaggiore, dessen er sich zu seinen Versuchen bediente, ferner über das spectroskopische und chemische Verhalten des Inhalationsnebels.

Schliesslich hat Verf. vergleichende Untersuchungen angestellt über den Gehalt an Mineralsalzen der Meeresluft einerseits, der Luft im Inhalatorium andererseits. Diese Untersuchungen fielen sehr zu Gunsten der letzteren aus, wobei natürlich die sonstigen günstigen Factoren des Aufenthalts an der See unberücksichtigt blieben.

CALAMIDA.

9) G. Gradenigo. **Ueber den Heilwerth der Trockeninhalationen nach der Methode Stefanini-Gradenigo. (Sul valore curativo delle inalazioni a secce col metodo Stefanini-Gradenigo.)** *Arch. ital. otol. Mai 1912.*

Verf. erörtert die Indicationen und Contraindicationen der Methode; er zeigt, welchen grossen therapeutischen Werth sie sowohl für die Behandlung der localen Affectionen wie der Allgemeinerkrankungen hat. Contraindicirt ist sie bei allen acuten entzündlichen Affectionen, bei Kehlkopf- und Lungentuberculose, bei malignen Neubildungen, ganz besonders bei Krebs des Mundes, der Zunge, des Rachens und Kehlkopfs. Reizend wirken die Inhalationen auch bei gewissen Formen von chronischer Lacunartonsillitis mit acuten Exacerbationen, bei chronischen Empyemen der Nebenhöhlen etc. Verf. stellt mit Recht die Forderung auf, dass die Inhalatoriumärzte soweit specialistisch ausgebildet sein müssen, um die

richtige Diagnose stellen und die Wirkung der Behandlung überwachen zu können. Auch die Dosirung soll geregelt sein: Die ersten Sitzungen sollen nicht länger als 10—15 Minuten dauern, dann kann allmählich eine Steigerung bis zu einer Stunde Dauer eintreten.

CALAMIDA.

10) **C. Caldera. Ueber den therapeutischen Werth der Trockeninhalationen mit der Methode Stefanini-Gradenigo. (Sopra il valore terapeutico delle inalazioni a secco col metodo Stefanini-Gradenigo.)** *Arch. ital. di otol. 1912.*

Die Versuche des Verf.'s zeigen, dass bei Thieren unter dem Einfluss von prolongirten — 3—4 Stunden dauernden — Inhalationen des Wassers von Salsomaggiore, ein vermehrter Stoffwechsel eintrat.

Verf. berichtet ferner über eine Anzahl klinischer erfolgreich behandelter Fälle; sie betreffen: Heufieber, Rhinitis vasomatoria, adenoide Vegetationen — vor und nach der Operation —, Ozaena, acute und subacute Tubenkatarrhe, Katarrhe des Pharynx und Larynx.

CALAMIDA.

11) **Lange** (Greifswald). **Verbesserter Reflector für laryngo-rhinologische Zwecke.** Mit 2 Abb. *Münch. med. Wochenschr. No. 21. 1912.*

Wie aus den Figuren ersichtlich ist, zeichnet sich der Reflector dadurch aus, dass ein Segment der Kreisfläche des Spiegels in Wegfall kommt und dadurch das Gesichtsfeld des anderen Auges freibleibt. Dadurch, dass der Spiegel zwei an entgegengesetzten Punkten angebrachte Knöpfe für das Kugelgelenk besitzt, kann der Reflector für beide Augen benutzt werden. Die Vergrösserung der centralen Oeffnung bezweckt die Vergrösserung des Gesichtsfeldes des untersuchenden Auges. Die Stirnbinde besteht aus Hartgummi; das Ganze ist gut und sauber gearbeitet. Der Reflector wird hergestellt von Richard Woelk in Greifswald, Langestr. 26.

HECHT.

12) **Determann** (Freiburg-St. Blasien). **Ein handliches Kopflichtbad.** *Med. Klinik. No. 25. 1912.*

Das Kopflichtbad mit 8 elektrischen Glühbirnen ist zu empfehlen bei rheumatischen Affectionen, am Kopf oder Nacken, bei acuten, subacuten und chronischen Katarrhen der Nebenhöhlen der Nase, bei acutem Schnupfen. Dauer des Lichtbades 10—45 Minuten.

SEIFERT.

13) **Hölscher** (Berlin). **Ueber klinische Erfahrungen mit der Killian'schen Schwebelaryngoskopie.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 24. 1912.*

Mit Hülfe der Schwebelaryngoskopie wurden vom Verf. operirt: 11mal Tuberculose, 3mal Pachydermien und Papillome, 1mal Polypen, 1mal kleines Fibrom, 1mal Folgezustände von Kehlkopfdiphtherie, 1mal Untersuchung und Probeexcision. Zur Anästhesie wurde Skopolamin-Morphiumnarkose und Cocainisirung (20 pCt.) des Kehldeckels und des Kehlkopfinnern benutzt.

SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

14) **W. S. Syme. Eine Untersuchung an 1050 Schädeln. Einige rhinologisch interessante Punkte. (An examination of 1050 skulls. Some points of interest in connection with the nose.)** *Journal of laryng., rhinol. and otol. Juli 1912.*

Deviation des Septums war in 81 Fällen vorhanden und zwar 45mal nach rechts, 36mal nach links.

Knochencysten: die rechte mittlere Muschel war cystisch in 19 Fällen, die linke in 17, beide mittlere Muscheln in 1 Fall. Cysten der hinteren Siebbeinzellen fanden sich rechts zweimal, links einmal. Eine Zahncyste fand sich in 2 Fällen; eine grosse Cyste im vorderen Ende der linken unteren Muschel in einem Fall. In 4 Fällen wurde gefunden, dass die Keilbeinhöhle sich bis in das Dach der äusseren Pterygoidplatte hinein erstreckte.

Eine accessorische Oeffnung der Kieferhöhle im unteren Nasengang fand sich viermal und die Ränder der Oeffnung schienen zu zeigen, dass sie während des Lebens vorhanden gewesen war.

JOHN WRIGHT.

15) **Zwillinger** (Budapest). **Die Lymphbahnen des oberen Nasenabschnitts und deren Beziehungen zu den perimeningealen Räumen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912. Orvosi Hetilap. No. 5. 1912.*

Die Versuche wurden am Menschen in 4 Fällen vorgenommen, und zwar an einem Neugeborenen, einem zwei Monate, einem ein Jahr und einem drei Jahre alten Kinde mittels der von Gerota angegebenen Methode, die darin besteht, dass eine in Terpentin und Aether gelöste, in Wasser und Alkohol unlösliche Masse, welche die Gewebe nicht imbibirt, mit gelindem Drucke in die Lymphbahnen injicirt wird.

Als Farbe wurde Preussischblau gewählt. Nach gelungener Injection erscheint sofort ein feines blaues Netz. Es gelang sowohl die directe Injection eines Netzes der Schleimhaut, der Nasenscheidewand vom Subarachnoidealraum aus (Abbildung), als auch anderseits die directe Injection des Lymphgefässnetzes auf der perineuralen Scheide einer Olfactoriusfaser. Das an der Scheidewand sichtbare Netz bedeckt auch die laterale Nasenwand in ihrem obersten Theile. Somit ist ein Zusammenhang der Lymphwege des oberen Nasenabschnittes mit den Lymphräumen des centralen Nervensystems beim Menschen erwiesen, ebenso wie das Vorhandensein eines oberflächlichen, von den perineuralen Lymphwegen des Olfactorius unabhängigen Lymphgefässnetzes im oberen Theil der Nasenhöhle.

WILH. SOBERNHEIM.

16) **E. Barth** (Berlin). **Die Beziehungen der Nase zur Pathologie des Kehlkopfs und der tieferen Luftwege.** *Med. Klinik. No. 14. 1912.*

Hinweis auf Störungen in den oberen und tieferen Luftwegen, welche hauptsächlich auf ungenügende Nasenathmung zurückzuführen sind. Bei allen, besonders aber bei den öfters recidivirenden Larynx- und Bronchialaffectionen ist eine Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraums bzw. der Nasenathmung ebenso nothwendig wie die Auscultation und Percussion der Lungen und die La-

ryngoskopie. Die Behandlung der betr. Störungen muss dort, wo eine Behinderung der Nasenathmung nachweisbar ist, die Herstellung der physiologischen Nasenathmung erstreben.

SEIFERT.

17) **Macleod Yearsley. Ein Fall von medianer Dermoidcyste der Nase. (A case of median dermoid cyst of the nose.)** *Brit. journ. of children-diseases. April 1912.*

Fünfjähriges Mädchen, zeigt eine weiche Schwellung in der Medianlinie der Nase, die seit zwei Jahren bemerkt wird und grösser geworden ist. Bei der Operation zeigt es sich, dass es sich um eine Cyste handelte, die mit feinen Haaren und Talgdrüsen ausgestattet und an den Nasenbeinen dicht an ihrer Verbindung mit der Cartilago lateralis angeheftet war. Eine Fistelbildung war nicht vorhanden.

A. J. WRIGHT.

18) **Broeckaert** (Gent). **Missbildungen der Nase. (Malformations du nez.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 7. 1911.*

Mittheilung auf dem XIV. flämischen Congress für Naturwissenschaften und Medicin, September 1910. — Verbesserungen erzielt durch Paraffinprothesen.

PARMENTIER.

19) **P. Delbet** (Paris). **Abplattung der Nase. Correction durch Knorpelimplantation. (Affaissement du nez. Correction par l'implantation de cartilage.)** *Société des chirurgiens de Paris. 1. Dec. 1911.*

Es handelte sich um einen jungen Patienten, der wegen einer Hasenscharte operirt war und bei dem eine erhebliche Abplattung der Nasenspitze bestand. Correction durch Einpflanzung eines Stückes vom Knorpel der 12. Rippe.

GONTIER DE LA ROCHE.

20) **Köhler** (Magdeburg). **Corrective Nasenoperationen.** *Med. Klinik. No. 23. 1912.*

Demonstration von vier correctiven Nasenoperationen. Bei Sattelnasen hat Verf. mit Paraffininjectionen gute Erfolge erzielt.

SEIFERT.

21) **Gerhard H. Cocks. Nasenblutung in Folge erhöhten Blutdrucks. (Nasal hemorrhage due to high blood pressure.)** *Laryngoscope. Januar 1911.*

Mittheilung eines Falles. Blutdruck 235 mm; geringe Hypertrophie des linken Ventrikels, zweiter Aortenton accentuirt. Specifisches Gewicht des Urins 1018 bis 1024; bisweilen geringe Spuren von Albumen. Allgemeinbefinden gut.

EMIL MAYER.

22) **Harold Hays. Anhaltendes Nasenbluten mit vermehrter Gefässspannung. (Prolonged epistaxis associated with increased vascular tension.)** *New York medical journal. 4. März 1911.*

Aus dem von ihm berichteten Fall hebt Verf. folgende Punkte als des besonderen Interesses würdig hervor: Die Menge des Blutverlustes und die Länge der Zeit, welche die Blutung andauert, stehen in directem Verhältniss zu der Zunahme der Arterienspannung. Sobald die Spannung sich vermindert, lässt die

b) Nase und Nasenrachenraum.

14) **W. S. Syme. Eine Untersuchung an 1050 Schädeln. Einige rhinologisch interessante Punkte. (An examination of 1050 skulls. Some points of interest in connection with the nose.)** *Journal of laryng., rhinol. and otol. Juli 1912.*

Deviation des Septums war in 81 Fällen vorhanden und zwar 45mal nach rechts, 36mal nach links.

Knochencysten: die rechte mittlere Muschel war cystisch in 19 Fällen, die linke in 17, beide mittlere Muscheln in 1 Fall. Cysten der hinteren Siebbeinzellen fanden sich rechts zweimal, links einmal. Eine Zahncyste fand sich in 2 Fällen: eine grosse Cyste im vorderen Ende der linken unteren Muschel in einem Fall. In 4 Fällen wurde gefunden, dass die Keilbeinhöhle sich bis in das Dach der äusseren Pterygoidplatte hinein erstreckte.

Eine accessorische Oeffnung der Kieferhöhle im unteren Nasengang fand sich viermal und die Ränder der Oeffnung schienen zu zeigen, dass sie während des Lebens vorhanden gewesen war.

JOHN WRIGHT.

15) **Zwillinger** (Budapest). **Die Lymphbahnen des oberen Nasenabschnitts und deren Beziehungen zu den perimeningealen Räumen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912. Orvosi Hetilap. No. 5. 1912.*

Die Versuche wurden am Menschen in 4 Fällen vorgenommen, und zwar an einem Neugeborenen, einem zwei Monate, einem ein Jahr und einem drei Jahre alten Kinde mittels der von Gerota angegebenen Methode, die darin besteht, dass eine in Terpentin und Aether gelöste, in Wasser und Alkohol unlösliche Masse. welche die Gewebe nicht imbibirt, mit gelindem Drucke in die Lymphbahnen injicirt wird.

Als Farbe wurde Preussischblau gewählt. Nach gelungener Injection erscheint sofort ein feines blaues Netz. Es gelang sowohl die directe Injection eines Netzes der Schleimhaut, der Nasenscheidewand vom Subarachnoidealraum aus (Abbildung), als auch anderseits die directe Injection des Lymphgefässnetzes auf der perineuralen Scheide einer Olfactoriusfaser. Das an der Scheidewand sichtbare Netz bedeckt auch die laterale Nasenwand in ihrem obersten Theile. Somit ist ein Zusammenhang der Lymphwege des oberen Nasenabschnittes mit den Lymphräumen des centralen Nervensystems beim Menschen erwiesen, ebenso wie das Vorhandensein eines oberflächlichen, von den perineuralen Lymphwegen des Olfactorius unabhängigen Lymphgefässnetzes im oberen Theil der Nasenhöhle.

WILH. SOBERNHEIM.

16) **E. Barth** (Berlin). **Die Beziehungen der Nase zur Pathologie des Kehlkopfs und der tieferen Luftwege.** *Med. Klinik. No. 14. 1912.*

Hinweis auf Störungen in den oberen und tieferen Luftwegen, welche hauptsächlich auf ungenügende Nasenathmung zurückzuführen sind. Bei allen, besonders aber bei den öfters recidivirenden Larynx- und Bronchialaffectionen ist eine Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraums bzw. der Nasenathmung ebenso nothwendig wie die Auscultation und Percussion der Lungen und die La-

ryngoskopie. Die Behandlung der betr. Störungen muss dort, wo eine Behinderung der Nasenathmung nachweisbar ist, die Herstellung der physiologischen Nasenathmung erstreben.

SEIFERT.

17) **Macleod Yearsley. Ein Fall von medianer Dermoidcyste der Nase. (A case of median dermoid cyst of the nose.)** *Brit. journ. of children-diseases. April 1912.*

Fünfjähriges Mädchen, zeigt eine weiche Schwellung in der Medianlinie der Nase, die seit zwei Jahren bemerkt wird und grösser geworden ist. Bei der Operation zeigt es sich, dass es sich um eine Cyste handelte, die mit feinen Haaren und Talgdrüsen ausgestattet und an den Nasenbeinen dicht an ihrer Verbindung mit der Cartilago lateralis angeheftet war. Eine Fistelbildung war nicht vorhanden.

A. J. WRIGHT.

18) **Broeckaert** (Gent). **Missbildungen der Nase. (Malformations du nez.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 7. 1911.*

Mittheilung auf dem XIV. flämischen Congress für Naturwissenschaften und Medicin, September 1910. — Verbesserungen erzielt durch Paraffinprothesen.

PARMENTIER.

19) **P. Delbet** (Paris). **Abplattung der Nase. Correction durch Knorpelimplantation. (Affaissement du nez. Correction par l'implantation de cartilage.)** *Société des chirurgiens de Paris. 1. Dec. 1911.*

Es handelte sich um einen jungen Patienten, der wegen einer Hasenscharte operirt war und bei dem eine erhebliche Abplattung der Nasenspitze bestand. Correction durch Einpflanzung eines Stückes vom Knorpel der 12. Rippe.

GONTIER DE LA ROCHE.

20) **Köhler** (Magdeburg). **Corrective Nasenoperationen.** *Med. Klinik. No. 23. 1912.*

Demonstration von vier correctiven Nasenoperationen. Bei Sattelnasen hat Verf. mit Paraffininjectionen gute Erfolge erzielt.

SEIFERT.

21) **Gerhard H. Cocks. Nasenblutung in Folge erhöhten Blutdrucks. (Nasal hemorrhage due to high blood pressure.)** *Laryngoscope. Januar 1911.*

Mittheilung eines Falles. Blutdruck 235 mm; geringe Hypertrophie des linken Ventrikels, zweiter Aortenton accentuirt. Specifisches Gewicht des Urins 1018 bis 1024; bisweilen geringe Spuren von Albumen. Allgemeinbefinden gut.

EMIL MAYER.

22) **Harold Hays. Anhaltendes Nasenbluten mit vermehrter Gefässspannung. (Prolonged epistaxis associated with increased vascular tension.)** *New York medical journal. 4. März 1911.*

Aus dem von ihm berichteten Fall hebt Verf. folgende Punkte als des besonderen Interesses würdig hervor: Die Menge des Blutverlustes und die Länge der Zeit, welche die Blutung andauert, stehen in directem Verhältniss zu der Zunahme der Arterienspannung. Sobald die Spannung sich vermindert, lässt die

Blutung nach. Es ist absolut nöthig, andere Maassnahmen als rein locale anzuwenden. Verf. ist davon überzeugt, dass in seinem Falle es grosse in den ersten Tagen verabfolgte Morphiumdosen waren, die erheblich dazu beigetragen haben, die Blutung zum Stehen zu bringen.

EMIL MAYER.

23) **Kobrak** (Berlin). **Nasenbluten.** *Med. Klinik. No. 22. 1912.*

Tamponade mit Jodoformgaze, nach Stillung der Blutung Aetzung der blutenden Stelle mit Chromsäure oder Verschorfen mit rothglühendem Galvanokauter.

SEIFERT.

24) **Otto J. Stein. Ein bemerkenswerther Fall von intra-nasaler Zerstörung ohne Deformität. (A remarcable case of intra-nasal destruction from disease without any deformity.)** *The Laryngoscope. September 1911.*

Eine Inspection des Naseninnern ergab, dass von seiner Structur absolut nichts vorhanden war. Das Septum cutaneum trennt zwei Gänge ohne Zeichen von Narbenbildung oder Deformität. Im Innern ist eine grosse Höhle, die mit einer glatten glänzenden Membran ausgekleidet ist. Der Nasenboden ist glatt und eben; weicher und harter Gaumen sind intakt. Es ist keine Spur von Muscheln vorhanden. Das Siebbeinlabyrinth ist völlig verschwunden, ebenso die nasalen Antrumwände, so dass die knöchernen Orbitalwände sich direct in der Nase darbieten. Die Oberkieferhöhlen bilden einen Theil der einen grossen Höhle. Die Keilbeinhöhlen können direct inspicirt und die sehr weiten Tubenöffnungen leicht durch die Nase erblickt werden.

EMIL MAYER.

25) **J. J. Harris. Syphilitische Knochennekrose complicirt durch Tuberculose. (Syphilitic necrosis of bone complicated by tuberculosis.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Pat. stellte sich mit einer Deformität der Nase im Manhattan-Hospital vor. Die Anamnese ergab unzweifelhaft Lues; Wassermann positiv. Die Untersuchung ergab rechts eine Verlegung der Nase, die an Sarkom denken liess. Die Muschel war auf dieser Seite colossal geschwollen, die Sonde traf überall auf ausgedehnte Knochennekrosen. Ausserdem bestand aber eine zweifellose Lungentuberculose; Pirquet positiv. Unter antisyphilitischer Behandlung hat sich der Zustand etwas gebessert; von einer Operation musste in Anbetracht der allgemeinen Schwäche abgesehen werden.

EMIL MAYER.

26) **A. Balla. Syphilis der Nase. (Sifilide del naso.)** *Bollett. del mal., dell' orrechio, della gola e del naso. April 1910.*

Einseitige Nasenverstopfung und reichlicher gelblicher Ausfluss; bräunlichgraue Granulationen und Höcker, die leicht bluten, auf der unteren Muschel, dem Septum und Nasenboden. Die histologische Untersuchung spricht für Lues. Völlige Heilung unter Jod-Hg-Kur.

CALAMIDA.

27) **M. Parmentier** (Brüssel). **Nasentuberculose. (Tuberculose nasale.)** *La Presse otolaryngol. belge. No. 2. 1911.*

Monographie über den Gegenstand auf Grund der neuesten Veröffentlichungen.

Autoreferat.

28) **Pautrier** und **Richon. Sporotrichosis der Nase. (Sporotrichose du nez.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XV. No. 1. 1912.*

Ein Fall wird mitgetheilt, in dem die Differentialdiagnose gegenüber tertiärer Lues schwer fiel. Ueberall, auf der Wange, am Munde, an der Nasenwurzel, an den Nasenflügeln fanden sich theils Geschwüre, theils Infiltrationen. Die Nase war weich und biegsam wie Kautschuk. Das Septum war im Knochenantheil perforirt. Auf der Haut überall ähnliche Läsionen. Wassermann negativ. Sporotrichosisculturen gingen auf. Besserung auf Jodkalium-Gebrauch. LAUTMANN.

29) **W. Brock** (Erlangen). **Papillom der Nase.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Verf. beschreibt einen Fall eines sog. weichen Papilloms der Nase (Definition Birsch-Hirschfeld-Hohmann: Cylinderepithelbekleidung, zartes Stroma, reichlicher Gefässgehalt), das aus der Tiefe der Nase entspringend, in die Kieferhöhle und die Siebbeinzellen derselben Seite und unter Perforation der Nasenscheidewand in die andere Nasenhälfte hineinwuchs. Nach wiederholten Operationen, u. a. der Denker'schen permaxillaren Methode, ständige Recidive. — Verf., der den Tumoren eine Mittelstellung zwischen gut- und bösartigen einräumt, verwirft die Eintheilung nach histologischen Grundsätzen und befürwortet eine solche nach Sitz und Ausbreitung der Geschwulst. WILH. SOBERNHEIM.

30) **Caldera. Beitrag zur Casuistik der Nasenadenome. (Contributo alla casuistica degli adenomi del naso.)** *Arch. ital. di otol. Juli 1911.*

Die kleine Geschwulst sass der Innenfläche des rechten Nasenflügels auf, ungefähr 1 cm vom Naseneingang entfernt; die histologische Untersuchung ergab Adenom. CALAMIDA.

31) **F. P. Sturm. Nasenverstopfung in Folge von Osteomen in den Choanen. (Nasal obstruction due to osteomata of the posterior nares.)** *Brit. med. journ. 16. März 1912.*

Elfjähriger Knabe, Träger von adenoiden Vegetationen; eine harte knöcherne Masse wurde gefunden, die von den hinteren Enden beider unterer Muscheln ausging und die der Entfernung mittels der Säge und dem Hobel widerstand. Nach Entfernung der adenoiden Vegetationen verschwand die Schwerhörigkeit, an der der Knabe bisher gelitten, die Osteome jedoch blieben bestehen. A. J. WRIGHT.

32) **Berini** (Barcelona). **Grosser am Rand der Choane inserirender fibromucöser Polyp. (Voluminoso polipo fibro-muceso inserto en el bordo de las coanas.)** *Revista ae medicina y Cirurgia. Februar 1910.*

19jähriger junger Mann. Nasenverstopfung seit einem Jahr, häufiges Nasenbluten; Halsbeschwerden. Exstirpation des Tumors mit Doyen'schen Zangen, zwei Fortsätze des Tumors in Pharynx und Nase. Heftige Blutung, die die Tamponade nothwendig macht. Der Tumor inserirte am Rande der Choane.

Verf. meint, dass die fibrösen Polypen von dem praevertebralen Bindegewebe, die fibro-mucösen von der Choanalregion, dem Septum, der Keilbeinhöhle etc. entspringen. TAPIA.

33) **Charles H. Mayo. Exstirpation von Geschwülsten des Vomers durch das Dach der Mundhöhle. (Extirpation of tumors of vomer through the roof of the mouth.)** *Annals of surgery. September 1911.*

Verf. berichtet, dass er in zwei Fällen von maligner Erkrankung des Vomer, wo jedesmal eine birnenförmige Verdickung des Septums vorhanden war, durch welche die hintere Nasenöffnung vollkommen verschlossen wurde, im Stande war, die Geschwulst durch eine partielle Resection des harten Gaumens in seinem centralen hinteren Theil zu entfernen. Es war nicht nöthig, nach dem Rath von Nélaton den weichen Gaumen abzutrennen, was die Operation und Nachbehandlung sehr complicirt. Verf. räth, 24—48 Stunden vor der Operation 2—3,5 g Urotropin zu geben, da dies zweifellos der Gefahr einer Meningealinfection vorbeuge. Die Operation wurde in Aethernarkose nach vorausgehender Skopolamin-Morphiuminjection gemacht. Die Resection des harten Gaumens wird durch eine mediane Incision mit Erhaltung des Mucoperiosts und der Weichtheile gemacht. Das Septum wird mittels schneidender Zangen schnell entfernt; die Blutung ist ziemlich heftig. Tamponade, die am dritten Tage entfernt wird. Je nach der Ausdehnung der Krankheit kann bei manchen Patienten das Mucoperiost gleich durch Naht geschlossen werden, während es sich in anderen empfehlen kann, die Oeffnung wenigstens eine Zeitlang zur Beobachtung und Behandlung offen zu halten.

EMIL MAYER.

34) **M. Gaggia. Beitrag zur Casuistik der Nasenendotheliome. (Contributo alla casuistica degli endoteliomi del cavo nasale.)** *Arch. ital. di otologia. Juni 1911.*

Die Beobachtung betrifft eine 40jährige Frau. Die Geschwulstmasse sass mit breiter Basis zwischen der unteren und mittleren Muschel rechts. Entfernung per vias naturales. Mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Lymphendotheliom handelte. Nach drei Monaten kein Recidiv.

CALAMIDA.

35) **P. Tonietto. Endotheliom der Nasenhöhlen. (Endothelioma delle cavità nasali.)** *Arch. ital. di otologia. Mai 1911.*

Klinische und histologische Betrachtungen über einen Fall von Endotheliom, der bei einer 61jährigen Frau in der linken Nasenhöhle sass und per vias naturales entfernt wurde.

CALAMIDA.

36) **G. Trautmann** (München). **Ein Endotheliom der Nasenscheidewand.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1912.*

Mittheilung der Kranken- und Operationsgeschichte eines einschlägigen Falles mit genauem Bericht des histologischen Befundes und unter Hinweis auf die spärliche Literatur. Der Tumor wurde im Gesunden excidirt, die Heilung verlief normal, die 66jährige Patientin blieb bisher — über ein Jahr — recidivfrei.

HECHT.

37) **Santiuste** (Santander). **Ein Fall von sehr ausgedehntem sarkomatösem Tumor der Nasenhöhle. (Un caso de tumor sarcomatoso muy avanzado de las fossas nasales.)** *Boletin de Cirurgia. I. No. 10.*

Enormer Tumor, der die Nasenhöhle, das Antrum und die Stirnhöhle auf der

linken Seite und den ganzen Nasopharynx einnimmt und aus dem Nasenloch herauswächst. Operation von der linken breit freigelegten Nasenhöhle aus. Zehn Tage nach der Operation erschwertes Uriniren, Lähmung der unteren Extremitäten und gleichzeitig Recidiv an der Operationswunde. Die Lähmung war wahrscheinlich bedingt durch eine Metastase.
TAPIA.

38) **E. Polya** (Budapest). **Zur Radicaloperation der Carcinome der Orbita und Nase.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 4. S. 313. 1911.*

Bei Krebsen, welche in die Orbita und die Nase hereingewachsen sind, entsteht nach der Ausräumung des Carcinoms ein hässlicher Defect; zudem entweichen aus der Nase Luft und Secret durch die offene Orbitalhöhle. Um diesem Uebelstand einigermaassen abzuhelfen, bringt Verf. Orbitalhöhle und Nase durch Fortnahme der knöchernen Scheidewände in möglichst breite Verbindung, so dass die Orbita eine neue Nebenhöhle der Nase wird und schliesst die Wunde im Gesicht primär durch einen Lappen aus Stirn, Schläfe oder Gesicht. Die Orbita wird dann durch die Nase tamponirt. Der Heilungsverlauf ist auf diese Art bedeutend verkürzt. Luft und Nasensecret entweichen nicht mehr durch die Orbita, und man schafft erträgliche kosmetische Verhältnisse. — Aus den Krankengeschichten ersieht man die bekannte Thatsache, dass bei der Operation das Carcinom noch viel ausgedehnter sich erweist, als vor der Operation angenommen werden konnte. Bezüglich der Recidive macht der Autor folgende Angabe: bei einem Fall trat $2^3/_4$ Jahre nach der Operation ein Recidiv ein; die übrigen Fälle sind nur seit kurzer Zeit beobachtet. 14 wohlgelungene Photographien ergänzen die Arbeit.
OPPIKOFER.

39) **Audibert. Ethmoidectomie wegen Carcinom. (Ethmoïdectomie pour épithélioma.)** *Revue hebdom. de laryngologie etc. No. 8. 1912.*

Casuistik. Mann von 55 Jahren ohne besondere subjective Störungen, klagt nur über Athemstörung durch die rechte Nasenseite. Die Rhinoskopie lässt leicht die Diagnose auf maligne Neubildung der Nasenhöhle stellen. Operation nach Moure in Chloroformnarkose. Es wird nach oben bis zur Lamina cribrosa alles frei gelegt. 15 Monate nach Operation ist Pat. noch ohne Recidiv. Histologische Diagnose des Tumors: Epithelioma.
LAUTMANN.

40) **F. Sojo** (Barcelona). **Die Ethmoidectomie auf naso-orbitalem Wege für die Behandlung der Nasensarkome. (La Etmoidectomia por via naso-orbitaria en el tratamiento de los sarcomas de la fosas nasales.)** *La oto-rino-laringologia. No. 1. 1912.*

Sehr ausführliche Studie über Diagnose und Therapie der Nasenhöhlensarkome. Mittheilung eines Falles von Rhinotomie nach Moure. Heilung nach einem Jahr ohne Recidiv.
TAPIA.

c) Mundrachenhöhle.

41) **Brunk jr.** (Bromberg). **Ein Fall von Zahncyste (nach Periodontitis) mit Durchbruch durch den harten Gaumen nach der Mundhöhle.** *Med. Klinik. No. 10. 1912.*

SEIFERT.

33) **Charles H. Mayo. Exstirpation von Geschwülsten des Vomers d... Dach der Mundhöhle. (Extirpation of tumors of vomer through t... the mouth.)** *Annals of surgery. September 1911.*

Verf. berichtet, dass er in zwei Fällen von maligner Erkrankun... wo jedesmal eine birnenförmige Verdickung des Septums vorhand... welche die hintere Nasenöffnung vollkommen verschlossen wurde. ... die Geschwulst durch eine partielle Resection des harten Gaume... tralen hinteren Theil zu entfernen. Es war nicht nöthig, n... Nélaton den weichen Gaumen abzutrennen, was die Operati... lung sehr complicirt. Verf. räth, 24—48 Stunden vor de... Urotropin zu geben, da dies zweifellos der Gefahr einer ... beuge. Die Operation wurde in Aethernarkose nach vora... Morphiuminjection gemacht. Die Resection des harten G... mediane Incision mit Erhaltung des Mucoperiosts und... Das Septum wird mittels schneidender Zangen schnel... ziemlich heftig. Tamponade, die am dritten Tage en... dehnung der Krankheit kann bei manchen Patienten... Naht geschlossen werden, während es sich in ... Oeffnung wenigstens eine Zeitlang zur Beobach... halten.

34) **M. Gaggia. Beitrag zur Casuistik der N... casuistica degli endoteliomi del cavo nasal...**

Die Beobachtung betrifft eine 40jährige... breiter Basis zwischen der unteren und mitt... vias naturales. Mikroskopische Untersuchu... endotheliom handelte. Nach drei Monaten ...

35) **P. Tonietto. Endotheliom der Na... nasali.)** *Arch. ital. di otologia. Ma...*

Klinische und histologische Betra... der bei einer 61jährigen Frau in der... rales entfernt wurde.

36) **G. Trautmann** (München). **Ei...** *med. Wochenschr. No. 25. 191...*

Mittheilung der Kranken-... Falles mit genauem Bericht des... die spärliche Literatur. Der Tu... lief normal, die 66jährige Pati...

37) **Santiuste** (Santander). **Tumor der Nasenhöhle. las fossas nasales.)** *B...*

Enormer Tumor, der ...

...ostock 1910.

... also auch die ...cht bedingungslos ...rieben gefunden hat. ...ene Bänder nicht nach-... ...g Vererbung in Betracht

OPPIKOFER.

...h tonsillären Ursprungs. (Endo-... amygdalienne.) *Journ. méd. de*

... in den Mandeln; dieselben scheinen zu sein.

PARMENTIER.

...hirurgischen Behandlung des chronischen ... *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1912.*

...iesslich mit der chirurgischen Behandlung irre-... ...lge chronischem Gelenkrheumatismus beschäftigt,

…ung, als sie die Krankengeschichte eines 47jährigen
…ren Gelenkerkrankungen, welche ähnlich dem
…elenkgruppe zur anderen überspringt, vor-
…m Unterschiede von der acuten Form
…rsteifungen und Ankylosen be-
… unter die infectiösen, oder
… Als Ausgangspunkt
…Wahrscheinlichkeit
…der Mandeln

…HT.

… des
…gdala
…oderna.

… Angina. Bei
…ine schmutzig-
…nen Calculus von
…t wurde. Es fanden
…n Gaumenbogens, die
…ich von spontan ausge-

TAPIA.

…Tonsillen. (Reflex affections
…g. 1911.

…s ist bei der Diagnosenstellung je-
… man sich nicht auf Grund dieser In-
… verleiten lässt. Verf. ist der Ansicht,
…risch Krankheiten bedingen, als dass sie
…eilen aus erkranken. EMIL MAYER.

…chronische cholesteatomatöse Entzündung der
…g. Prager med. Wochenschr. No. 50. 1911.

…erlaufenden Fällen von Angina bringt oft die Ent-
…Mandelpfröpfe schnelle Heilung. W. SOBERNHEIM.

…culose und Tonsillen. (Tuberculosi e tonsille.) *Arch.*
…XV. No. 7.

…gt, die Unmöglichkeit einer directen Passage der Tuberkel-
…nsillen zu den Lungen nachzuweisen. Er hat in experimenteller
…-anatomischer Hinsicht drei Reihen von Untersuchungen ange-
…gen zwischen den Lymphwegen und den Tonsillen; Untersuchung
der Hals- und Thoraxdrüsen bei Tuberculösen und der beim Leben-
…n Tonsillen; die Art, wie tuberculöses Material und Farbstoffe, die
…sillen injicirt werden, sich in die Drüsen verbreiten.
… Grund seiner Untersuchungen glaubt Verf. behaupten zu dürfen, dass

42) **Zilz** (Gyulaféhervár). **Congenitales Hämangiom des Zahnfleisches mit consecutiver sarkomatöser Entartung.** *Deutsche Monatsschr. für Zahnheilkde. H. 1. 1912.*

Bei einem 15jährigen Knaben war eine am Oberkiefer seit Geburt in Erbsengrösse bestehende Geschwulst im Anschluss an einen Sturz auf das Gesicht beim Turnen rapid gewachsen, blutete leicht und verursachte neuralgische Schmerzen. Man fand eine wallnussgrosse bläulichrothe Geschwulst am Zahnfleisch des Oberkiefers oberhalb des dritten Molaren. Exstirpation. Die histologische Untersuchung ergab ein Sarcoma globocellulare.

SEIFERT.

43) **Zilz** (Gyulaféhervár). **Osteomyelitis mandibularis nach Influenza.** Mit fünf Tafeln. *Wien, Selbstverlag 1911.*

Bei einem Soldaten entwickelte sich in directem Anschluss an eine Influenza unter heftigen Schmerzen eine Osteomyelitis des Unterkiefers. Bei der Operation wurde ein grosser Sequester entfernt, die Heilung erfolgte in einer so vollkommenen Weise, dass die militärische Diensttauglichkeit des Patienten keine Einbusse erlitt.

SEIFERT.

44) **Broeckaert** (Gent). **Ein seltener Fall von Mischgeschwulst der Oberlippe. (Un cas rare de tumeur mixte de la lèvre supérieure.)** *Annales de la soc. belge de chir. 25. November 1911.*

Das Mikroskop erwies ein Chondroadenocarcinom, eine Mischgeschwulst der Lippen, die man selten beschrieben findet.

M. PARMENTIER.

45) **Shoemaker** (Haag). **Uraneplastik.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 98. 1912.*

Neues Operationsverfahren, von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

46) **A. Feldmann. Ueber die Entstehung der Hasenscharten.** *Dissert. Rostock 1910.*

Denjenigen Autoren, die annehmen, dass alle Missbildungen, also auch die Hasenscharten, stets amniogenen Ursprungs sind, kann Verf. nicht bedingungslos zustimmen, da er in der Literatur fast ebenso viele Fälle beschrieben gefunden hat, bei denen die Entstehung der Hasenscharte durch amniogene Bänder nicht nachgewiesen werden konnte. Für diese letzteren Fälle mag Vererbung in Betracht kommen.

OPPIKOFER.

47) **Sand. Ulceröse Endocarditis wahrscheinlich tonsillären Ursprungs. (Endocardite ulcéreuse d'origine prebablement amygdalienne.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 25. 1911.*

Bei der Autopsie constatirt man Eiter in den Mandeln; dieselben scheinen die Eingangspforte der Infection gewesen zu sein.

PARMENTIER.

48) **L. Heusner** (Barmen). **Zur chirurgischen Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus.** Mit 2 Abb. *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1912.*

Die Arbeit, die sich ausschliesslich mit der chirurgischen Behandlung irreparabler Gelenkversteifungen infolge chronischem Gelenkrheumatismus beschäftigt,

verdient insofern hier Erwähnung, als sie die Krankengeschichte eines 47jährigen Patienten enthält mit „polyarticulären Gelenkerkrankungen, welche ähnlich dem acuten Gelenkrheumatismus von einer Gelenkgruppe zur anderen überspringt, vorzugsweise die Synovialis betheiligt und zum Unterschiede von der acuten Form eine bedeutende Neigung zur Ausbildung von Versteifungen und Ankylosen besitzt. Auch darin sind beide Gruppen ähnlich, dass sie unter die infectiösen, oder besser septischen Erkrankungen gerechnet werden müssen". Als Ausgangspunkt für die Erkrankung dieses Patienten glaubt Autor mit grosser Wahrscheinlichkeit eine von dem Patienten nicht beachtete chronische, eitrige Entzündung der Mandeln und Kieferhöhlen ansprechen zu müssen. HECHT.

49) **García é Ilurre** (Zaragoza). **Linksseitiger Mandelstein mit Perforation des Gaumensegels und des vorderen Gaumenbogens. (Calculos de la amigdala isquerche; perforacion del velo y del pilar anterior.)** *La clinica moderna. Juli 1910.*

34jähriger Mann leidet seit 4 Jahren an häufigen Attacken von Angina. Bei der Untersuchung findet man im Centrum der entzündeten Tonsille eine schmutzigweisse Partie von steinharter Consistenz. Es handelte sich um einen Calculus von der Grösse einer Piniennuss, die leicht mit der Pincette entfernt wurde. Es fanden sich zwei Perforationen: eine im oberen Theil des vorderen Gaumenbogens, die andere in dessen Mitte. Verf. meint, dass sie wahrscheinlich von spontan ausgestossenen Steinen herrühren. TAPIA.

50) **Richard B. Faulkner. Reflexaffectionen der Tonsillen. (Reflex affections of the tonsils.)** *New York med. journ. 5. Aug. 1911.*

Es giebt Reflexneurosen der Tonsillen. Es ist bei der Diagnosenstellung jedoch die allergrösste Vorsicht geboten, damit man sich nicht auf Grund dieser Indicationen unnöthig zu radicalen Eingriffen verleiten lässt. Verf. ist der Ansicht, dass die Tonsillen weniger häufig reflectorisch Krankheiten bedingen, als dass sie reflectorisch von anderen entfernten Theilen aus erkranken. EMIL MAYER.

51) **R. Goldmann** (Iglau). **Die chronische cholesteatomatöse Entzündung der Tonsillen und ihre Behandlung.** *Prager med. Wochenschr. No. 50. 1911.*

Bei mit Complicationen verlaufenden Fällen von Angina bringt oft die Entfernung etwaig vorhandener Mandelpfröpfe schnelle Heilung. W. SOBERNHEIM.

52) **F. Lasagna. Tuberculose und Tonsillen. (Tuberculosi e tonsille.)** *Arch. scienze med. Vol. XXXV. No. 7.*

Verf. beabsichtigt, die Unmöglichkeit einer directen Passage der Tuberkelbacillen von den Tonsillen zu den Lungen nachzuweisen. Er hat in experimenteller und pathologisch-anatomischer Hinsicht drei Reihen von Untersuchungen angestellt: Beziehungen zwischen den Lymphwegen und den Tonsillen; Untersuchung der Tonsillen, der Hals- und Thoraxdrüsen bei Tuberculösen und der beim Lebenden entfernten Tonsillen; die Art, wie tuberculöses Material und Farbstoffe, die in die Tonsillen injicirt werden, sich in die Drüsen verbreiten.

Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt Verf. behaupten zu dürfen, dass

35*

die oberen Luftwege eine Infectionspforte darstellen; jedoch die specifischen Lungeninfectionen, die von ihnen ausgehen, sind darauf zurückzuführen, dass der Mikroorganismus in den Inhalationsstrom eindringt, nur in den seltensten Fällen findet ein Eindringen des Keims durch die Hals- und Bronchialdrüsen in die Lungen statt.

CALAMIDA.

53) **James F. Mc Gaw. Einige die Gaumenmandeln und ihre völlige Entfernung betreffende Thatsachen. (Some facts concerning the faucial tonsils and their complete removal.)** *New York State journ. of med. Februar 1912.*

Verf. hat postoperative Blutungen bei Kindern häufiger nach Tonsillectomien, als nach Tonsillotomien gefunden, nämlich $1^1/_2$ pCt. bei 200 Fällen. Das Gegentheil ist der Fall bei Erwachsenen. Auch hier aber ist die Reaction entschieden stärker nach Enucleation, als nach Tonsillotomie. Es bestehen ungefähr 1 Woche lang, öfter länger, heftige Halsschmerzen.

EMIL MAYER.

54) **J. W. Pearson. Die Resultate der Enucleation der Gaumentonsille, in einer Serie von 53 Fällen. (The results of enucleation of the faucial tonsils in 53 consecutive cases.)** *Journ. laryng., rhinol. and otol. März 1912.*

Die Operation wurde bei Patienten unter 16 Jahren in Chloroformnarkose, bei älteren Patienten in Novocainanästhesie gemacht. Die Tonsillen wurden mittels gekrümmter Scheeren ausgeschnitten und die Operation mit Bistouri oder Schlinge vollendet.

Die Fälle wurden in der Zeit von 2—19 Monaten nach der Operation wieder untersucht. Die unmittelbare Folge der Operation war ungefähr 2 Wochen lang anhaltende Dysphagie, in acht Fällen mit Regurgitiren der Speisen durch die Nase. Das Ergebniss in Bezug auf die Stimme war Folgendes: In 2 Fällen hatte die Sprachstimme einen nasalen Klang und in diesen Fällen bestand ein gewisses Herabziehen des Gaumens. In 10 Fällen, die Sänger betrafen, wurde die Singstimme, wenn sie überhaupt verändert war, klarer und stärker und der Wechsel der Register vollzog sich leichter.

In Bezug auf die locale Heilung liessen sich drei verschiedene Vorgänge unterscheiden: 1. Eine gewisse Abflachung der Gaumenbögen gegen die hintere Rachenwand mit Obliteration der Fossa tonsillaris. 2. Verschmelzung der beiden Gaumenbögen miteinander. 3. Das beste Resultat, wenn Gaumenbögen und Fossa tonsillaris erhalten blieben.

Ein gewisses Herabsinken des Gaumens auf einer oder beiden Seiten war in 34 Fällen zu constatiren. Taschenbildung durch Narbenstränge in der Fossa tonsillaris wurde in 5 Fällen gefunden und in einem führte dies zu Störungen in Folge Retention der Speisen.

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass die Resultate der Operation nicht gleichmässig gut sind; er empfiehlt als Operation der Wahl die Tonsillotomie.

JOHN WRIGHT.

55) **Rabé. Postoperative Mandelblutungen. (Hémorragies amygdaliennes postopératoires.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XX. No. 1. 1912.*

Die bekannten Mittel werden zusammengestellt. Weniger bekannt dürfte

sein, dass eine subcutane Injection von 30—40 g Heilserum, in Ermangelung von gewöhnlichem Pferdeserum, in schweren Fällen definitive Hämostase erzeugt hat. Die mehr chirurgischen Blutstillungsmittel sind gewöhnlich schwer anwendbar und mit Beschwerden für den Patienten verbunden. Von den Compressoren hat sich in letzter Zeit das Compressorium von Bosviel bewährt. Prophylactisch räth Verf., Frauen während der Menses nicht zu operiren. LAUTMANN.

56) **W. Simpson** (Wien). **Ein neues Instrument zur Tonsillektomie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 441.*

Das Instrument, im Wesentlichen eine kalte Schlinge, ist abgebildet und kann durch H. Reim, Wien bezogen werden. OPPIKOFER.

57) **Joseph C. Beck. Tonsillektomie mit einem einzigen Instrument, dem Tonsillektom. (Tonsillectomy with a single instrument, the tonsillectome.)** *Journ. amer. med. assoc. 27. Januar 1912.*

Verf. beschreibt ein von ihm als Tonsillectom bezeichnetes starkes Schlingeninstrument, mittels dessen er die Tonsille abschnürt. Er operirt in Narkose. Ferner beschreibt Verf. einen Mundsperrer und einen Hämostat für die Tonsillen.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

58) **Langenstrass** (Jena). **Ein Fall von Diphtherie mit Fremdkörpersuffocation durch eingedicktes Secret.** Mit 1 Abb. *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1912.*

L. berichtet aus der Stintzing'schen medicinischen Klinik über einen Fall von descendirender Diphtherie bei einem 5jährigen Mädchen, der zur Tracheotomia inferior zwang und bei dem nach einigen Tagen sich unterhalb der Canüle ein stenosirender Pfropf bildete, der makroskopisch eine derbere centrale Achse erkennen liess, um die gefaltet Theile von Membranen und Schleim lagen, und der — in Formalin gehärtet — mikroskopisch eine concentrische Schichtung zeigte, die aus Fibrin, Schleim, Detritus und Mikroorganismen bestand. Dieser stenosirende Pfropf, der nach Entfernung der Canüle beim Extractionsversuch aus der Trachea reflectorisch ausgehustet wurde, stellte einen Ausguss der Trachea (Bifurcation und Anfangstheil der Hauptbronchien) dar. Das Kind starb bald an zunehmender mechanischer Athembehinderung und Herzschwäche. Autopsiebefund: Bronchien und Bronchiolen ausgefüllt von Pseudomembranen und Eitermassen; Herzdilatation, Herzmuskulatur in charakteristischer Weise getrübt. Epikritische Erörterungen über Entstehungsursache und -weise des Pfropfes.

HECHT.

59) **W. Putawski. Beitrag zur Diphtheriebehandlung durch Seruminjection. (Leczenie letonicy surowicos swoistos.)** *Przeglad lek. No. 14. 1912,*

Verf. beschreibt 37 durch Diphtherieinjection mit günstigen Erfolgen behandelte Fälle, unter denen 4 Fälle von Reinjection beobachtet worden sind.

A. v. SOKOLOWSKI.

60) **Seymon Taylor. Unerkannte Diphtherie. (Unrecognised diphteria.)** *West London med. journ. Januar 1912.*

Fälle von anscheinend einfacher Halsentzündung ohne Membranbildung. Schwellung der Halsdrüsen, Albuminurie oder Veränderungen der Reflexe stellen sich oft als Diphtherie heraus. Vier Fälle werden berichtet, in welchen erst eine periphere Neuritis zeigte, dass eine vorhergegangene Halsentzündung eine Diphtherie gewesen war. Verf. plaidirt dafür, in allen noch so leichten Fällen von zweifelhafter Halsentzündung culturelle Untersuchungen anzustellen. JOHN WRIGHT.

61) **William Leede. Die Tracheotomia inferior mit kleinem querem Hautschnitt bei Diphtherie und ihre Nachbehandlung.** Mit 5 Abb. *Aus der IV. med. Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Autor berichtet über die mit der Frank'schen Modification der Tracheotomia transversa superior erzielten Resultate, welche die von Frank angegebenen Vorzüge nicht bestätigen konnten. Insbesondere konnte eine Heilung des queren Hautschnittes per primam nie beobachtet werden und die Nachbehandlung der quer eröffneten Luftröhre gab zu ernsten Bedenken Anlass. Auf Grund anatomischer und physiologischer Betrachtungen kommt Autor zu dem Schluss, dass „die grossen Hautschnitte ohne irgendwie das Operationsgebiet einzuschränken, durch kleinere ersetzt werden können, die keine Naht erfordern.“ Autor erörtert sodann die Frage: Obere oder untere Tracheotomie von anatomischen Gesichtspunkten aus und glaubt, dass die mannigfachen gegen die untere Tracheotomie geäusserten Bedenken bei stumpfem Vorgehen hinfällig werden, und dass diese daher aus technischen und practischen Gründen vorzuziehen sei. Verf. schildert sodann seine Methode eingehend — querer Hautschnitt mit Cooper'scher Scheere, stumpfes Freipräpariren mit Spencer und Spaltung von 3 bis 4 Knorpeln der Trachea —, die eine Operationsdauer sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen von kaum mehr als 3 bis 5 Minuten beansprucht. „Durch diese Art der Operation werden grosse Hautwunden, insbesondere Hautnähte, schwere Blutungen und Gefässunterbindungen sowie grosse Trachealincisionen und grössere Wundhöhlen vermieden.“ Dauerdampfspray, Decanülement nach 3 oder 4 mal 24 Stunden, Verheilung der Trachealwunde in 5 bis 14 Tagen. „Da bei der Operation eine möglichst kleine Wundhöhle gesetzt wird, so ist nach Verheilung der Trachealwunde die Haut gewöhnlich innerhalb 8 Tagen durch schöne lineare Narbe geschlossen.“ Die beigegebenen Photographien illustriren die Lage der Canüle nach der Operation, die Grösse der Wunde unmittelbar nach dem Decanülement und das Endresultat nach 14 Tagen. Bezüglich weiterer Details und Technik sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

62) **J. Raczynski. Tracheotomia transversa bei Croup. (Ciecie tchawicowe poprzeczne w otawen.)** *Tyg. lek. No. 22. 1912.*

Verf. hat in einer Reihe von Croupfällen eine derartige Operationsmethode mit günstigen Erfolgen angewandt. Es wird die genaue Technik dieser Operationsmethoden beschrieben. A. v. SOKOLOWSKI.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

63) **G. Ferreri** (Rom). **Ueber die Wirkung einiger Drüsen mit innerer Secretion auf die Entwicklung des Kehlkopfs.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 541. 1912.*

Verf. erinnert an den Einfluss, den die Drüsen mit innerer Secretion, namentlich die Geschlechtsdrüsen, auf die Entwicklung des Stimmorgans ausüben. Er untersuchte histologisch den Kehlkopf des Hühnchens, des jungen und des voll entwickelten Hahnes und des Kapauns. Die Kehlkopfmuskulatur des Kapauns ist weniger kräftig als beim Hahn und fettreich, das Skelett ist hart und verknöchert. Um zu studiren, welchen Einfluss die Thymus auf die Entwicklung des Stimmorgans ausübt, hat Verf. auch angefangen, beim Hahn operativ die Thymus zu entfernen. Ueber das definitive Resultat dieser letzteren Experimente wird er später ausführlich berichten.

OPPIKOFER.

64) **Hugo Stern. Die Athmung der Taubstummen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. H. 3. 1912.*

In der Einleitung bespricht Verf. kurz die Methodik der Pneumographie und beschreibt dabei einen Apparat, der senkrecht auf das Kymographion schreibt und den er der Marey'schen Trommel vorzieht. Die Untersuchung ergiebt, dass alle Taubstummen eine von der normalen abweichende Sprechathmung haben, und zwar die congenital Taubstummen eine mehr ataktische Athmung mit häufigen Inspirationen und exspiratorischer Athemverschwendung. Bei erworbener Taubstummheit ähneln die Curven mehr der Norm, sind aber flacher. (Curven.) Als Ursache der Athemanomalien sieht Verf. an: 1. Die grosse Anstrengung beim Sprechen überhaupt; 2. den Energieaufwand und die aufzubringende Willensthätigkeit, die zum Sprechact nöthig sind; 3. den unzweckmässigen Verbrauch des Athemvolumens. Wegen der Beziehung zwischen Athmung und Kehlkopfbewegung kommt es zu mangelhafter Stimmbildung und zwar beim congenital Taubstummen zu starken Schwankungen in Höhe und Stärke des Stimmklangs, bei erworbener Taubstummheit zu monotoner Stimmgebung. Die unzweckmässige Athmung beeinträchtigt die Sprachaccente, besonders den zeitlichen, aber auch den musikalischen und dynamischen. Verf. befürwortet daher systematisch betriebene Athemübungen vor und während der Taubstummenausbildung und auch später zur weiteren Fortbildung im Interesse der Gesundheit (Lungen) und der Deutlichkeit und Schönheit der Sprache.

NADOLECZNY.

65) **B. Freystadtl** (Budapest). **Gehirn und Tonbildung.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1912.*

Wenn bei Hunden Pedunculus cerebri, Pons und Medulla oblongata in ihrem oberen Theile auf der einen Seite durchgeschnitten werden, bleibt die Bewegung, Form und Blutfüllung beider Stimmlippen unverändert normal und die Tonbildung ist ungestört.

Wird die Medulla oblongata in ihrer ganzen Breite durchgeschnitten, dann bleibt die Bewegung der Stimmlippen erhalten, vorausgesetzt, dass die unteren $^2/_5$ des Bodens des 4. Ventrikels intact bleiben. Die reflectorisch erzeugte Exspiration wird von einem hörbaren Ton begleitet.

Bei Uebertragung dieser experimentellen Resultate auf den Menschen müssen wir sagen, dass bei dem Menschen nach mono- oder bilateraler Unterbrechung der phonatorischen und respiratorischen Grosshirnbahnen eine solche Form der Stimmlippenlähmung, wie wir sie bei den medullären und peripherischen Erkrankungen des N. recurrens kennen, nicht vorkommen kann. POLYAK.

66) **Haenlein. Erkrankungen der Stimme (Phonasthenie) und auf Stimmbildung bezügliche Untersuchungen.** *Med. Klinik. No. 3. 1911. Dazu eine Berichtigung in No. 16. 1911.*

Kurzes Referat über einen Theil der einschlägigen Literatur. NADOLECZNY.

67) **Fröschels** (Wien). **Fall von nervöser Sprachstörung.** Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 11. Januar 1912. *Wiener med. Wochenschr. No. 6. 1912.*

Zwei ausführliche Krankengeschichten von Kindern mit obengenanntem Gebrechen. HANSZEL.

68) **Hugo Stern. Gesangsphysiologie und Gesangspädagogik in ihren Beziehungen zur Frage der Muskelempfindungen und der beim Singen am Schädel und am Thorax fühlbaren Vibrationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. H. 3. 1912.*

Der Inhalt entspricht dem Vortrag des Verf.'s auf dem dritten internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress (vgl. Centralblatt No. 11, 12. 1911), doch sind dieser Publication eine Reihe von Abbildungen beigegeben. NADOLECZNY.

69) **Steinthal** (Stuttgart). **Sprache ohne Kehlkopf.** *Med. Corresp.-Blatt der Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 27. 1912.*

Bei einem Patienten mit Totalexstirpation des Kehlkopfs (wegen Carcinoms) nahm Verf. schon bald nach der Operation methodische Sprechübungen vor. Der Trachealstumpf war in den unteren Wundwinkel eingenäht und der Defect im Pharynx sogleich geschlossen worden. Durch Uebung und Geschick hat es der Patient schon 10 Wochen nach der Operation gelernt, mit einer sorgfältigen Articulation auf kurze Entfernung sich mit seiner Umgebung zu verständigen. Er hat aber auch durch Fortsetzung der Uebungen eine laute, auf Entfernung deutliche Sprache wiedergewonnen. SEIFERT.

70) **Biaggi. Ueber die Pathogenese des Stridor laryngis. (Pathogénie du stridor laryngien.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Der Stridor laryngis ist eine hereditäre und congenitale Krankheit. Man kann mit demselben vergesellschaftet noch andere Wachsthumsstörungen constatiren. Im Falle von Biaggi bestand eine Insufficienz des weichen Gaumens und fehlte das Zäpfchen. Als Ursache wurde bisher eine Missgestaltung des Kehlkopfeingangs betrachtet. Abgesehen davon, dass das, was die meisten Autoren als missgestalteten Kehlkopfeingang betrachtet haben, thatsächlich nur normale Verhältnisse des kindlichen Kehlkopfes sein können, steht fest, dass, von Löri abge-

sehen, niemand auf die Stellung des Stimmbandes während des Stridors geachtet hat. Die Inspection des Kehlkopfes während des Anfalles zeigt jedoch deutlich, dass der Stridor dadurch zu Stande kommt, dass die Stimmbänder während der Inspiration aneinander treten, eine sogenannte perverse Innervation erfahren. Es ist daher wahrscheinlich, dass die Pathogenese dieses Leidens in letzter Linie auf eine Coordinationsstörung der Stimmbandbewegung zurückzuführen ist. Vielleicht dürfte es sich hierbei auch um einen Ausfall in der Entwicklung der nervösen Centralorgane handeln.

LAUTMANN.

71) **Luigi Leto. Betrachtungen über einen tödtlich verlaufenden Fall von Laryngospasmus. (Considerazioni su di un caso di laringospasmo seguito da morte.)** *Bollett. delle mal. dell' oreechio delle gola e del naso. März 1912.*

Klinische Beschreibung eines tödtlich verlaufenden Falles von Laryngospasmus mit Obductionsbefund und histologischer Untersuchung verschiedener Organe. Es handelte sich jedoch um keinen Fall von essentiellem Laryngospasmus, insofern als die Kehlkopfschleimhaut verdickt, hyperämisch und an einigen Stellen ulcerirt war.

CALAMIDA.

72) **S. A. Pfannenstill. Die Behandlung von Larynxtuberculose und von anderen localen infectiösen Processen mit Jodnatrium und Ozon resp. Wasserstoffsuperoxyd. (Behandlingen af Larynxtuberkulos och andre lokalinfektiosa processer med jodnatrium och ozon resp. vatesuperoxid.)** *Allmanna svenska Lakartidningen. No. 51. 1911.*

Nach einer kurzen Erörterung des Princips und der Bedingung dieser Behandlung erwähnt Verf., dass er folgende Krankheitsformen nach seiner Methode behandelt hat.

1. Behandlung von Larynxtuberculose mit NaJ + O_3.

Diese Behandlung wird so angeordnet, dass der Patient nach der Einnahme von NaJ (0,5 — 1,5 g 2 ×) das schwach sauergemachte Ozon während 2—4 Stunden einathmet; zwei solche Séancen werden täglich gegeben.

Verf. publicirt jetzt 14 Fälle, von denen 9 nach seiner Meinung vollständig geheilt wurden; auch bei den übrigen könnte man die Wirksamkeit der Behandlung sehen, da eine theilweise Heilung nachweisbar war.

Von den mitgetheilten Krankengeschichten dieser 9 Fälle wird man doch nicht überzeugt, dass alle diese Patienten geheilt worden waren. So beschreibt Verf. den Zustand des Larynx nach der Behandlung z. B. bei Fall 4: die Schleimhautulcerationen geheilt, die Anschwellung und die Röthe der Schleimhaut sind theilweise geblieben; bei Fall 6: der Larynx zeigt im Grossen und Ganzen normale Verhältnisse; bei Fall 9: das Infiltrat in der Regio interaryt. im Rückgang befindlich; die Stimme beinahe normal, da der Patient das linke Taschenband für die Stimmbildung benutzt.

2. Behandlung von Lupus und Tbc. der Haut mit NaJ + H_2O, resp. O_3.

Ist der lupöse Process nicht zu weit in die Tiefe gedrungen, so kann eine vollständige Heilung durch eine intensive und anhaltende Behandlung erreicht

werden; da eine solche sehr schmerzhaft ist, giebt Verf. bei solchen Fällen der Lichtbehandlung nach Finsen den Vorzug; bei tuberculösen Geschwüren glaubt er doch, dass seine Methode ganz sicher zum Ziel führt. Jedenfalls erwartet er hier viel von Reyn's Vorschlag, das Jod durch Elektrolyse frei zu machen.

Wird O_3 gebraucht, so soll die Wunde immer feucht sein, die H_2O_2-Behandlung dagegen soll nicht in Séancen, sondern continuirlich applicirt werden; im letzten Falle wird das NaJ auf mehrere (3—6) Dosen vertheilt, und zwar die letzte 2 Stunden vor dem Aufhören der Behandlung.

3. Behandlung von Lupus der Schleimhaut mit NaJ + H_2O_2.

Verf. erinnert daran, dass O. Strandberg, Ohren- und Nasenarzt am Finseninstitut in Kopenhagen, diese Behandlung technisch sehr glücklich ausgearbeitet hat. S. hat diese Behandlung bei mehreren Fällen von Lupus nasi geprüft, weshalb Verf. auf die Arbeiten von S. hinweist. (Dansk klinik. No. 48. 1910. Berl. klin. Wochenschr. No. 4. 1911. Ibid. No. 39. 1911. Hospitalstidende No. 45. 1911.)

4. Behandlung von nichttuberculösen, localen Infectionen mit NaJ + H_2O_2.

Die Vermuthung des Verf.'s, dass seine Methode auch gegen locale Affectionen anderer Art anwendbar wäre, hat sich auch durch die Praxis bewährt, indem es ihm gelungen ist, auf diese Weise mehrere Fälle von Ulcus cruris zu heilen.

E. STANGENBERG.

73) **S. A. Pfannenstill** (Malmö). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose und anderer localinfectiöser Processe mit Jodnatrium und Ozon bzw. Wasserstoffsuperoxyd.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1911.*

Das Princip der Pfannenstill'schen Methode ist, den bakterientödtenden Stoff im Innern des zu desinficirenden Gewebes freizumachen. Im vorliegenden Falle giebt Verf. Jodnatrium per os und applicirt auf die zu behandelnden Stellen (die immer einen natürlichen oder künstlichen Substanzverlust der Epitheldecke besitzen müssen) entweder Ozon oder Wasserstoffsuperoxyd. Bericht über neun solcherart geheilte Fälle von Kehlkopftuberculose (NaJ + O_3), ferner von äusserem Lupus (NaJ + H_2O_2 bzw. O_3), von Schleimhautlupus (NaJ + H_2O_2) und einigen nichttuberculösen Infectionen.

ZARNIKO.

74) **Brüll** (Schömberg). **Ueber Dauererfolge bei Larynxtuberculose.** *Beitr. zur Klinik der Tuberculose. Bd. XXIII. H. 1. 1912.*

Die Chancen, dauernd geheilt zu bleiben, ist für Männer etwas günstiger als für Frauen, ein Altersunterschied macht sich bei den Heilungsaussichten kaum geltend. Dagegen scheint die Prognose für hereditär Belastete weniger günstig zu sein als für nicht Belastete. Die Prognose der Larynxtuberculose ist in hohem Maasse abhängig von der Ausdehnung und Prognose der Lungenerkrankung. Geschlossene Tuberculose der Lunge giebt eine bessere Prognose für den Larynx als eine offene.

SEIFERT.

75) **Trada** (Madrid). **Tuberculom des Kehlkopfs. (Tuberculoma laringeo.)** *Boletin de laringologia. September 1911.*

19jähriger Mann. Grosse graufarbige Geschwulstmasse in der vorderen Commissur, die endolaryngeal nicht vollständig entfernt werden konnte, bald so wuchs, dass Athemnoth eintrat. Tracheotomie. Später Laryngotomie. Der Tumor war taubeneigross, inserirte mit einem starken Stiel an der linken Schildknorpelplatte, wo ein perichondritischer Herd bestand, der cauterisirt wurde. Mikroskopische Untersuchung ergab Tuberculose. Heilung in zwei Monaten. TAPIA.

76) **M. Fleischmann** (Budapest). **Fall von Lues und Tuberculose des Kehlkopfs, mit Salvarsan behandelt.** *Orvosi Hetilap. No. 1. 1912.*

Gravide junge Frau mit Athem- und Schlingbeschwerden, lungenkrank, hat sich auf drei intravenöse Salvarsaninjectionen wesentlich gebessert. POLYAK.

77) **George Fetterolf. Die Erleichterung der Schmerzen bei vorgeschrittener Kehlkopftuberculose mittels Injectionen von Alkohol in den Nervus laryngeus internus. (The relief of pain in advanced tuberculosis of the larynx by means of injections of alcohol into the internal laryngeal nerve.)** *Annales of otol., rhinol. and laryngol. März 1912.*

Verf. beschreibt die Technik, die sich im Wesentlichen mit der von Hoffmann angegebenen deckt und schildert seine mit dem Verfahren erzielten Resultate als sehr günstige. EMIL MAYER.

f) Schilddrüse.

78) **C. H. Mayo** und **B. F. Mc. Grath. Die Parathyreoiddrüsen und ihre chirurgische Beziehung zum Kropf. (Parathyroids and their surgical relation to goitre.)** *Annals of surgery. Februar 1912.*

Aus der Gesammtheit der experimentellen, klinischen und histologischen Untersuchungen ergiebt sich, dass diese Drüsen eine Function besitzen, die mindestens für den normalen Stoffwechsel des Körpers von Bedeutung ist. Wenngleich die Ergebnisse des Thierexperiments in Bezug auf manche Punkte nicht gleichartig sind, so haben sie doch gezeigt, dass die Entfernung der Parathyroiddrüsen gewöhnlich einen Symptomencomplex zur Folge hat, den man als experimentelle Tetanie bezeichnet.

Histologische Untersuchungen haben in den Parathyroiddrüsen typischer Fälle von spontaner Tetanie pathologische Veränderungen ergeben, die sich als Hypoplasie, mangelhafte Entwicklung der Drüsen darstellen und zu ungenügender Function disponiren. Der Chirurg soll also auf das Sorgfältigste vermeiden, die Parathyroiddrüsen zu entfernen oder zu verletzen. Eingedenk ihrer variablen Grösse und Localisation soll der Operateur sich hüten, alle kleinen drüsenähnlichen Gebilde an der Kapsel zu entfernen. EMIL MAYER.

79) **B. Breitner** (Wien). **Zur Frage nach dem Wesen des Kropfes.** *Mittheil. aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.*

Verf. hält das Colloid für eine Vorstufe des wirksamen Schilddrüsensecrets, das bei genügender Secretabfuhr in dem Körper als solches aufgespeichert wird

und somit ist die Colloidmenge in der Sehilddrüse direct proportional der stattgehabten Abfuhr wirksamen Secrets. So stehen Colloidanschoppung, Secretmangel. Hypothyreoidismus dem Colloidmangel, Secretüberschuss, Hyperthyreoidismus (Basedow) gegenüber. W. SOBERNHEIM.

80) **G. H. Murray** und **F. A. S. Sonitham. Ein Fall von Thyreoditis lignesa. (A case of ligneous thyreoditis.)** *Lancet. 4. Mai 1912.*

23jährige Frau bemerkte seit 14 Monaten zunehmende Anschwellung am Halse, seit kurzem bestand auch Heiserkeit und Dyspnoe, die anfallsweise mit Stridor auftrat.

Man fand die Schilddrüse gleichmässig vergrössert und fest. Bei der Operation zeigte sich die Drüse an die umgebenden Gewebe adhärent und gänzlich aus einer weisslichen fibrösen Masse ohne Spur von Drüsengewebe bestehend. Es wurde der grösste Teil beider Lappen mit nur geringer Blutung entfernt. Zwei Monate später wurden Anzeichen von Myxödem constatirt, festes Oedem des Gesichts, Trockenheit von Haut und Haar, rauhe Stimme und geschwollene Zunge. Alle diese Erscheinungen gingen unter Behandlung mit Schilddrüsenextract zurück. Histologisch erwies sich der Tumor als bestehend aus derbem fibrösem Gewebe mit variabler Zahl von Kernen und keinem drüsigen Bestandtheil. Die Verff. betrachten das Uebergreifen der Fibrose auf die umgebenden Gewebe als charakteristisch. JOHN WRIGHT.

81) **Miles F. Porter. Die Schilddrüse mit besonderer Berücksichtigung des Hyperthyreoidismus und eine neue Behandlungsmethode. (The thyroid with special reference to hyperthyroidism and a new method of treatment.)** *Journ. american med. assoc. 30. Sept. 1911.*

Die partielle Thyreodectomie ist das wirksamste Mittel gegen den Basedow, das wir bisher besitzen. Da aber die Operation gescheut wird und man sich zu ihr nur entschliesst, nachdem alle anderen Behandlungsmethoden fehlgeschlagen haben, so kommt es, dass die Patienten oft bereits an Widerstandskraft eingebüsst haben. Man muss diese Patienten erst einer Ruhebehandlung unterwerfen. Bei manchen erst spät zur Operation gelangenden Fällen haben sich auch bereits myocarditische oder sonstige bleibende Veränderungen ausgebildet. Verf. zählt die Gefahren der Thyreodectomie auf. Er empfiehlt als einfache, sichere und wirksame Behandlungsart die Injection von kochendem Wasser in die Drüse. Er hält diese Behandlung besonders für die ganz leichten und die ganz schweren Fälle geeignet. Die leichten Falle werden prompt geheilt, bei den schweren wird, wenn sie nicht geheilt werden, wenigsetns das Operationsrisiko besser gestaltet. Die Injectionen müssen innerhalb der Kapsel gemacht und die Nähe der Parathyroiddrüsen und der N. recurrentes vermieden werden; es müssen dieselben allgemeinen Vorsichtsmaassregeln beobachtet werden wie bei der Heisswasserbehandlung der Angiome. EMIL MAYER.

82) **Broeckaert** (Gent). **Enophthalmische Strumen und Schilddrüsenkrebse. (Goitres et cancers thyroidiens enophthalmiques.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 1. 1912.*

B. schlägt vor, diejenigen enophthalmischen Strumen zu nennen, welche

von Zeichen einer Sympathicusparalyse begleitet sind, im Gegensatz zu den wahren exophthalmischen Kröpfen und Basedow'schen Strumen, deren Augensymptome von einer Reizung des Sympathicus herrühren.

3 Beispiele. PARMENTIER.

g) Oesophagus.

83) **Urrutia** (San Sebastian). **Acute infectiöse Oesophagitis. (Oesofagitis aguda infecciosa.)** *Revista clinica de Madrid. Juni 1910.*

Zweijähriges Kind mit fieberhafter Grippe; als bereits Fieberlosigkeit eingetreten war, stellten sich Schwierigkeiten beim Schlucken ein. Geringe Ulceration in der Mundhöhle. Die Exploration mit der weichen Sonde zeigt beim Eingang in den Oesophagus ein Hinderniss an, das sich nur schwer überwinden lässt. Bei der Oesophagoskopie sieht man die ganze Schleimhaut geröthet und stark injicirt. Die Untersuchung hatte die Heilung im Gefolge. Es handelte sich um einen Spasmus des Oesophagus in Folge einer Influenzaoesophagitis. TAPIA.

84) **Garcia à Ilurre** (Zaragosa). **Narbenverengerung der Speiseröhre in Folge Salpetersäureverätzung. Langsame und progressive Dilatation durch Oesophagoskopie. Heilung. (Estrechez del esofago consecutiva a la ingestion de acido nitrico. Dilatacion lenta y progressiva por esofagoscopia.)** *Clinica y laboratorio. Juni 1910.*

Mittheilung eines Falles. TAPIA.

85) **Broeckaert** (Gent). **Ein Fall von Stenose der Cardia und Erweiterung des Oesophagus. (Un cas de sténose du cardia et de dilatation de l'oesophage.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 7. 1911.*

Mittheilung auf dem XIV. flämischen Congress für Naturwissenschaften und Medicin in Antwerpen, September 1910. PARMENTIER.

86) **Botella. Meine Statistik der Fremdkörperfälle des Oesophagus und meine neue vereinfachte Technik für die Untersuchung des Oesophagus. (Ma statistique de corps étrangers de l'oesophage et ma nouvelle technique simplifiée pour les explorations oesophagiennes.)** *Arch. intern. de laryng. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Es werden kurz 24 Fälle mitgetheilt. Was die vereinfachte Technik anlangt, so lässt Verf. seine Patienten auf einem niedrigen Stuhle sitzen, den Hals auf die Rückenlehne des Stuhles gestützt, wobei der Operateur hinter dem Patienten steht und mit einem geraden Zungenspatel die Zunge stark nach abwärts drückt. Ein Assistent ist überflüssig. LAUTMANN.

87) **R. F. Jowers. Oesophagotomie wegen eingekeilter Zahnplatte. (Oesophagotomy for impacted tooth plate.)** *Lancet. 11. Mai 1912.*

Eine Vulcanitplatte mit 2 Schneidezähnen und einem Metallhaken wurde in der Speiseröhre eines 32jährigen Mannes 22 cm von der Zahnreihe entfernt ein-

gekeilt. Sie wurde 4 Tage später mit Erfolg mittels einer Incision an der linken Halsseite entfernt. Die Wunde wurde offen gelassen und heilte durch Granulation.

JOHN WRIGHT.

88) **R. Lewisohn** (New York). **Ein neues Oesophagoskop.** *Centralbl. für Chir. No. 28. 1912.*

Das neue Instrument verbindet eine rechtwinklige Bildübertragung mit einem teleskopischen Röhrenapparat. Dieses Teleskop besteht aus 6 ineinander gleitenden Röhren von je 5 cm Länge und 10—15 mm Durchmesser. Der Röhrentheil wird in ineinander geschobenem Zustande in die Mundhöhle eingeführt, dann mittels einer Feder die Röhre auseinander geschoben und so in den Oesophagus hinabgeführt.

SEIFERT.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

XVIII. Jahresversammlung der American Laryngological, Rhinological and Otological Society.

Vom 13. bis 15. Mai 1912.

Ross Hall Skillern und George E. Pfahler (Philadelphia): Die Röntgenstrahlen als Hilfsmittel bei der Diagnose von Keilbeinhöhlenerkrankungen.

Die Röntgenstrahlen haben sich von grossem Werth erwiesen. Die wichtigsten Facta sind: 1. Die Differenz in der Intensität des Schattens auf beiden Seiten. 2. Ob der Schatten oder die anormale Dunkelheit auch die hinteren Siebbeinzellen mit umfasst. 3. Die Grösse der Keilbeinhöhle. 4. Die Distanz zwischen der Vorderwand und dem Vestibulum narium. 5. Die Gestalt der Höhle mit besonderer Berücksichtigung der hinteren und seitlichen Wand. Punkt 1 und 2 sind wichtig für die Diagnose, Punkt 3, 4 und 5 für die Operation. Es sind 4—6 oder mehr Aufnahmen nöthig, mindestens zwei im postero-anterioren Durchmesser und eine seitliche. Vervollkommnet wird dies durch zwei seitliche stereoskopische und zwei schräge Aufnahmen. In seltenen Fällen ist eine verticale oder antero-posteriore Aufnahme erforderlich. Das Verfahren ist für Diagnose von Eiterungen und Neubildungen von grossem Werth. Sehr viel kommt auf die richtige Deutung der Bilder an.

Joseph C. Beck (Chicago) hat das Röntgenverfahren bei Keilbeinhöhlenerkrankungen nur für wenig werthvoll gefunden.

George F. Cott (Buffalo) macht auf die Möglichkeit eines Fehlens der Keilbeinhöhle aufmerksam und fragt, ob dies Vorkommniss häufig ist.

John W. Murphy (Cincinnati) hat gefunden, dass seine Patienten sich über den bei den diagnostischen Verfahren angewandten negativen Druck beklagen. Nachdem er dies Verfahren einmal probeweise bei sich selbst angewandt hat, hat er es aufgegeben.

George F. Keiper (Lafayette) empfiehlt den Holmes'schen Apparat zum Auffinden der Keilbeinöffnung. Er räth, die Keilbeinhöhle mit Bismutpaste zu injiciren.

Edgar M. Holmes (Boston): In manchen Fällen von Keilbeinhöhleneiterung kann das Ostium auf keine Weise gesehen werden. In vielleicht 40—50 pCt. der Fälle kann es durch das Nasopharyngoskop sichtbar gemacht und die Capacität gemessen werden. Er ist in einigen Fällen im Stande gewesen, mit einer dünnen Spritze in das Rohr einzugehen und mit dem Nasopharyngoskop in situ die Höhle auszuspritzen. In einigen Fällen, in denen die Röntgenaufnahme nichts zeigte, entleerten sich bei der Ausspülung der Höhle Eiterflocken.

Robert Levy (Denver) glaubt, dass die Röntgenstrahlen mehr Bedeutung für die Bestimmung von Grösse, Gestalt und Lage der Höhle haben als für die Diagnose einer Erkrankung.

John M. Ingersoll (Cleveland) sagt, die Keilbeinhöhle könne mit einem geraden Troicart in vielen Fällen ebenso punctirt werden wie die Highmorshöhle. Es sei ein einfaches Verfahren, das ohne Entfernung irgendwelchen Gewebes vorgenommen werden könne.

Skillern sagt in Bezug auf die Anwendung des negativen Drucks und des Saugapparates, dass er keineswegs fest an diese Methode als eine therapeutische glaube. In einigen Fällen, in denen das Ostium nicht sichtbar war, konnte auf diese Weise Eiter zum Vorschein gebracht werden. Er verwendet sie nur für diagnostische Zwecke. Eine Injection der Höhle mit Bismutpaste hält er praktisch für unmöglich. Der von Casselbery gemachte Vorschlag, die Höhle mittels einer Sondencanüle auszuspülen, ist von Wert, wenn der Ausfall der Diagnose positiv ist; in zweifelhaften Fällen hat er keinen diagnostischen Wert, da der Eiter so in der Flüssigkeit vertheilt sein kann, dass keine Spur von ihm gefunden wird. Auch kann der Eiter, bevor die Flüssigkeit das Nasenloch erreicht, in den Falten des Siebbeins aufgefangen werden.

Pfahler: In der Mehrzahl der Fälle kann die Diagnose mit zwei Aufnahmen gestellt werden, der lateralen und der postero-anterioren. Schrägaufnahmen dienen nur zur Ergänzung der anderen und haben keinen grossen diagnostischen Werth. Auch die Abwesenheit des Sinus kann mittels der X-Strahlen bestimmt werden; in solchen Fällen konnte man einen scharfen Umriss sehen, der sonst nicht constatirt wurde.

Hanau W. Loeb: Capacität und Flächeninhalt der Keilbein-, Oberkiefer- und Stirnhöhle.

L.'s Untersuchungsergebnisse basiren auf seiner beim III. Internationalen Laryngologencongress vorgetragenen Methode von Gipsausgüssen der Höhle.

Der durchschnittliche kubische Inhalt aller untersuchten Keilbeinhöhlen betrug 4,93 ccm; der durchschnittliche Flächeninhalt 15,92 qcm.

Der durchschnittliche Kubikinhalt der Oberkieferhöhlen beträgt 13,94 ccm; der durchschnittliche Flächeninhalt 31,68 qcm.

Der durchschnittliche Kubikinhalt der Stirnhöhle beträgt 3,58 ccm, der durchschnittliche Flächeninhalt 15,34 qcm.

Joseph P. Tunis: Keilbeinhöhlenempyem und Neuritis optica.

Verf. giebt nach anatomischen Vorbemerkungen, die auf dem Studium von über 500 Präparaten basiren, die Krankengeschichten und Sectionsbefunde von 9 Fällen wieder. Im Fall No. 9 zeigten Schnitte durch den N. opticus deutlich das Bestehen einer oberflächlichen Neuritis auf der erkrankten Seite. T. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. In anatomischer Beziehung haben die hinteren Siebbeinzellen und das Keilbein praktisch dieselben innigen Beziehungen zu dem N. opticus.

2. Je grösser die Sinus, desto geringer die Gefahr der Infection von Entzündungen der Nachbarschaft aus.

3. Infection des Opticus durch Empyem der Keilbeinhöhle oder hinteren Siebbeinzellen geschieht mehr durch Continuität und Proximität als durch eine besondere Anordnung der Lymphgefässe dieser Gegend.

4. Keilbeinhöhlenempyem kann allein und ohne Ethmoiditis oder Stirnhöhlenempyem vorkommen.

5. In einer Reihe von hundert post mortem ausgeführten Untersuchungen wurde Tuberculose der Nebenhöhlenschleimhaut nur einmal gefunden.

Joseph C. Beck (Chicago): Wassermann'sche Reaction und Salvarsan bei der Syphilisbehandlung in der Otolaryngologie.

Nachdem B. eingehende Erörterungen über die Bedeutung der Wassermann'schen Reaction angestellt hat, bespricht er die Zusammensetzung des Salvarsans, seine Wirkung auf die Spirochaeta pallida, die Technik der Injectionen, ihre Indicationen und Contraindicationen.

Er berichtet über seine persönlichen Erfahrungen in 47 Fällen von Syphilis des Ohres, der Nase und des Halses, die mit Salvarsan behandelt wurden. Die Wassermann'sche Probe war in allen Fällen stark positiv. 28 Patienten sind, soweit die wiederholte Wassermann'sche Probe zeigt, jetzt geheilt; eine klinische Heilung ist in allen 47 Fällen erfolgt. Die Mehrzahl der Fälle wurde intravenös behandelt und zwar meist mit mehr als einer Injection. In keinem Falle wurden als Folge der Injection Störungen seitens des Ohres beobachtet, ausser etwas Klingen, das in einem bis zwei Tagen wieder verschwand.

George F. Cott (Buffalo) möchte die intravenöse Injection nur in den Fällen angewandt wissen, wo es darauf ankommt, eine schnelle Wirkung zu erzielen; für alle anderen Fälle zieht er die intramusculäre Injection vor.

F. C. Ard (Plainfield) bemerkt, dass es wichtig sei, die Salvarsanpatienten Monate lang unter Beobachtung zu halten. Er weist auf die Methode des Rockefeller-Instituts hin, wo nach Salvarsaninjectionen constant die Wassermann'sche Probe angewandt wird, um den Effect zu bestimmen.

Discussion über: Die Tonnormirung bei der Stimmbildung („The standardization of tone in voice production").

William J. Henderson (New York; Musikkritiker der „New York Sun") giebt einen historischen Ueberblick über die Gesangsmethoden seit dem Beginn des siebenzehnten Jahrhunderts. Die psychologische oder suggestive Methode war

die ausschliessliche Grundlage der Gesangskunst bis zu der Zeit, wo Beschreibungen der tonbildenden Organe veröffentlicht wurden. Eine Zeit, wo ausschliesslich die wissenschaftliche oder physiologische Methode des Unterrichts geherrscht hätte, hat es nicht gegeben und wird es wahrscheinlich auch nicht geben. Die Mängel des heutigen Unterrichts beruhen im Wesentlichen darauf, dass die beiden Methoden nicht mit einander in Einklang gebracht sind. Es ist ein engeres Zusammenarbeiten zwischen Lehrern und Halsspecialisten eine Notwendigkeit.

William Hallock (Prof. der Physik an der Columbia-Universität New York) und Floyd Muckey (New York): Das Ergebniss 18 Jahre lang fortgesetzter Untersuchungen über Stimmbildung und Stimmanalyse.

Es wurden Untersuchungen angestellt, um festzustellen: 1. Was bestimmt die Länge der Luftwelle oder die Höhe des Tones; 2. die Höhe der Welle oder die Intensität des Tones; 3. die Qualität des Tones oder die Zahl und relative Intensität der Untertöne.

Mr. u. Mrs. Henry Howard Brown (Colo. Springs. Colorado): Die Wissenschaft der Gesangskunst vom Standpunkt des Lehrers.

Frank E. Miller (New York): Die Wissenschaft der Gesangskunst vom Standpunkte des Stimmgebrauchs und -missbrauchs.

Holbrook Curtis (New York) wendet sich gegen die Behauptung von Muckey, dass die Stimmbänder nur den Gesetzen der Vibration der Saiten folgen. Er hat die Behandlung der Sängerknötchen mit Erfolg durch eine Aenderung in der Vibration der Stimmbänder versucht.

Frederick Bogue Noyes (Chicago): Die Entwicklung der Zähne in Beziehung zu der Entwicklung der Gesichtsknochen.

Verf. setzt seine Vorstellung vom Wachsthum der Kiefer- und Gesichtsknochen auseinander und von der Wechselwirkung der verschiedenen Factoren, auf denen der normale Wachsthumsvorgang beruht.

A. H. Ketcham (Denver Colo): Die Behandlung der Orthodontisten als Ergänzung derjenigen der Rhinologen.

Der Misserfolg in Bezug auf die Wiederherstellung normaler Athmung nach Adenoidoperation kann sehr häufig in einen Erfolg umgewandelt werden durch die Intervention des Orthodontisten. Dadurch dass eine normale Entwicklung des Kieferbogens, des Gaumengewölbes und Nasenbodens bewirkt wird, kann oft ein verbogenes oder S-förmiges Septum — wenn nicht Hypertrophie, Leisten und Spinen vorhanden sind — bei jüngeren Patienten corrigirt, bei älteren gebessert werden.

E. A. Bogue (New York City) theilt die Orthodontie in drei Rubriken ein. Erstens: Die gewöhnliche langsame Orthodontie, wie sie Ketcham beschrieben hat und die von den Zahnärzten ausgeübt wird, die hauptsächlich darauf bedacht sind, schlechtstehende Zähne wieder in die richtige Stellung zu bringen. Diese Orthodontie hat nicht immer den von dem Rhinologen erwünschten Effekt auf die Nase oder, wenn dies der Fall ist, so ist die angewandte Zeit zu lang.

In die zweite Rubrik gehört die schnelle Dehnung des Oberkiefers; anwendbar nur für Fälle, in denen die Kieferbogen nicht normale Weite haben und bestehend in einer Eröffnung der Naht zwischen den beiden Oberkieferhälften. Auf diese Weise wird fast stets und sehr schnell Nasenstenose beseitigt und Nasensepta gerade gerichtet, wenn der Patient noch nicht in zu vorgerücktem Alter steht. Die Dehnung kann durch Orthodontie der unteren Zähne wie der oberen Vorderzähne ergänzt werden.

Als dritte Art bezeichnet Verf. die praeventive Orthodontie. Diese richtet ihre Sorgfalt auf eine richtige Stellung der Milchzähne, wodurch bewirkt wird, dass die nachfolgenden bleibenden Zähne ebenfalls schon in richtiger Stellung zum Durchbruch kommen, die Antra annähernd normale Grösse, das Septum gerade Stellung und die Nasenhöhlen normale Weite bekommen.

William H. Haskin (New York): Das Hauptinteresse der Rhinologen concentrirt sich auf die Frage: Können wir mittels orthodontischer Methoden mit nicht allzu grossem Aufwand von Zeit und Heilmitteln Nasenverstopfung beheben? In vielen Fällen finden wir, dass auch nach Entfernung von Tonsillen und Adenoiden und nach erfolgreich ausgeführter submucöser Resection die Patienten noch Schwierigkeiten bei der Athmung haben, weil die vorderen Theile der Nasenhöhle noch nicht genügend weit sind. Es ist ohne Zweifel, dass diese normale Weite herbeigeführt werden kann durch schnelle Dehnung des Gaumengewölbes in dieser Gegend. Winklige Verbiegungen und Leisten werden durch dieses Verfahren nicht beseitigt werden.

Bei kleinen Kindern, bei denen man das Septum oft nach einer Seite verbogen findet, erzielt man durch die Dehnungsmethode fast stets eine permanente Geradestellung des Septums. H. meint, dass, wenn man bei kleinen Kindern dies Verfahren öfter in Anwendung bringen würde, man dann seltener in späteren Lebensjahren mit Leisten zu thun haben würde.

William Sohier Bryant (New York): Die Correction der Nasenverstopfung sollte bei Mundathmern bis zu 15 Jahren und in besonderen Fällen bis zu 25 Jahren stets mit der Geraderichtung der Zähne beginnen. Die schnelle Durchtrennung der Kiefer zum Zweck der Correction von Nasenstenosen kann sehr wohl von dem Rhinologen vorgenommen werden. B. hält die Orthodontie für eine der segensvollsten orthopädischen Methoden. Die Regulirung der Zahnstellung soll schon im frühesten Kindesalter beginnen. Eine abnormale Stellung kann bereits im 4. Lebensjahre entdeckt werden. Die normale Stellung der Milchzähne bedingt normale Entwicklung der Gesichtsknochen, der Nasenhöhlen und normale Stellung der bleibenden Zähne. Gute Erfolge der Kieferdurchtrennung sind sicher bis zum 25. Jahre oder bis die Maxillarnaht fast geschlossen ist.

M. H. Cryer demonstrirt eine Serie interessanter stereoskopischer Aufnahmen der Eröffnung in der Intermaxillarnaht.

Hudson Makuen (Philadelphia): Die Mehrzahl der Rhinologen stimmt darin überein, dass eine Correctur der Mundathmung nicht allein darin zu bestehen hat, dass es dem Patienten möglich ist, den Mund zu schliessen, sondern es muss ihm leichter sein, den Mund geschlossen zu halten, als offen. Andernfalls

wird der Patient durch den Mund athmen, mag die Nase durch Entfernung von Tonsillen, Adenoiden und Operationen am Septum oder Mucheln durchgängig gemacht sein oder nicht.

Lewis A. Coffin: Bericht über einen Fall von Teratom des Nasenrachens.

Pat., ein Türke, giebt an, zweimal im Jahre an Angina mit Abscessbildung zu leiden. Acht Jahre vor seiner Aufnahme im Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital (Juni 1911) hatte sein Vater einen Peritonsillarabscess mit dem Finger eröffnet. Pat. datirt seine Beschwerden seit dieser Zeit. Es war häufig Nasenbluten vorhanden. Keine Beschwerden beim Essen, keine Schmerzen. Bei der Untersuchung fand sich ein Tumor, der vom Nasenrachen bis zum Niveau der glosso-epiglottischen Falte reichte. Er bildete eine grosse, fleischartige, harte und resistente Masse. Er hatte eine wurstförmige Gestalt und war an die hintere Rachenwand mittels einer rapheartigen Adhäsion angeheftet. Ein Stück wurde zur mikroskopischen Untersuchung entfernt; diese ergab nach Jonathan Wright ein Teratom. Der Tumor wurde von der hinteren Rachenwand losgelöst und vom Nasenrachen mittels Zange, Curette und Schlinge entfernt. Kein Recidiv.

Charles Prevost Grayson (Philadelphia): Chloroformnarkose bei Nasen- und Halschirurgie.

In acht Jahren hat Verf. Chloroformanästhesie bei 3800 Operationen angewandt; er hat diese reichliche Anwendung nie zu bedauern gehabt. Als Contraindicationen gelten verminderte Widerstandsfähigkeit des Patienten, wenn er ausgesprochen anämisch oder septisch war oder an langdauernden Eiterungen litt. Verf. spricht die Ansicht aus, dass jedem Chloroformtod, er mag noch so plötzlich scheinen, Warnungssignale vorausgehen. Nach seiner Erfahrung brauchte man nach keinem besseren Anaestheticum zu suchen.

J. Solis Cohen (Philadelphia) drückt seine Zustimmung zu diesen Ausführungen aus. Er hat niemals ein anderes Anaestheticum gebraucht. Er räth, die Nasenlöcher zu verstopfen, da so ein grosser Theil der Störung fortfalle, der im Anfangsstadium der Narkose durch den Reflexhusten in Folge Reizung des Chloroforms auf die Nasennerven verursacht werde.

John W. Murphy (Cincinatti) bevorzugt den Aether noch in der Hospitalpraxis, wo das Narcoticum oft von unerfahrenen Assistenten verabfolgt wird. In zwei Drittel seiner Narkosefälle bei Kindern hat er Chloroform mittels der Tropfmethode gegeben und fand es leichter zu verabfolgen als Aether. Bei Herzaffectionen fand er es sicherer als Aether, ebenso verhält es sich bei Infectionskrankheiten, wo die Nieren geschädigt sind.

George L. Richards (Fall River) zieht Aether vor. Die mit diesem erzielten unbefriedigenden Resultate beruhen auf mangelhafter Darreichungsmethode.

Hanau W. Loeb war der Ansicht Grayson's, bis er einen Patienten an Chloroform verlor. Seitdem hat er es nicht mehr angewandt. Der betreffende Patient war ein kerngesunder Mann und das Narcoticum wurde von einem der

erfahrensten Anaesthetisten in St. Louis verabfolgt. Im Beginn der Operation hörte Pat. auf, zu athmen und konnte nicht mehr zum Leben zurückgerufen werden.

J. S. Kirkendall (Ithaca N.Y.) hat Chloroform in über 2000 Fällen gegeben. Der Anaesthetist, mit dem er zusammen arbeitet, hält niemals die Maske ganz dicht an das Gesicht und fordert nie, wie es viele Aerzte thun, den Pat. auf, tief zu athmen, sondern lässt ihn natürlich athmen. Die Verabfolgung der Narcotica ist eine Specialität für sich. Die Unglücksfälle kommen nur daher, dass jeder Arzt sich zum Narcotiseur für geeignet halte.

Clifton M. Miller (Richmond) verwendet ebenfalls Chloroform. Eins der besten Mittel für die Wiederbelebung sei die schnelle Dilatation des Sphincter ani, ohne dass dabei mit der künstlichen Athmung aufgehört werde.

Gerhard Hutchinson Cocks (New York): Ein Beitrag zur Pathologie und klinischen Diagnose des Status lymphaticus.

Der Status lymphaticus wurde von Paltauf dahin definirt, dass er anatomisch ein Persistiren oder eine Hyperplasie der Thymusdrüse, Hyperplasie des Tonsillarrings, der lymphatischen Elemente der Milz, der Lymphknoten, der Lymphfollikel, des Darmtracts und der lymphatischen Elemente des Markes der Röhrenknochen darstellt. Er ist häufig combinirt mit Hyperplasie des Arteriensystems und der Genitalorgane. Das bedeutungsvollste Moment besteht in einer Disposition zu plötzlichem Tod in Folge verhältnissmässig geringfügiger Ursachen.

C. hat unter annähernd 1600 im Bellevue-Hospital Pathological Departement ausgeführten Autopsien 44 Fälle von Status lymphaticus gefunden. Ferner wurde ein Fall am Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital und einer am Post-Graduate Hospital beobachtet.

C. demonstrirt an einer Tabelle die Erkrankungen, in Verbindung mit welchen der Status lymphaticus gefunden wurde; an der Spitze steht die Cerebro-spinal-Meningitis.

Es wurden die verschiedensten Formen des Status lymphaticus gefunden von ausschliesslicher Hyperplasie des Thymus zu Fällen mit ausgesprochenster Thymus- und Drüsenhyperplasie in Combination mit Hyperplasie der Genitalorgane und des Arteriensystems.

In den von C. klinisch beobachteten Fällen war Vergrösserung des Thymus und Hyperplasie der Lymphdrüsen gemeinsam. In 12 Fällen war deutlicher Infantilismus vorhanden. Zwei Fälle zeigten Anomalien des Herzens und der Arterien, zwei Anomalien der Schilddrüse. Einmal fand sich Morbus Basedow. Hyperplasie des Tonsillarringes fand sich besonders bei jüngeren Individuen häufig.

C. erörtert die beiden Theorien über das Zustandekommen des plötzlichen Todes bei Status lymphaticus. Die Theorie der mechanischen Compression und die Theorie der Hyperthymisation.

Für die Diagnose sind am wichtigsten der Allgemeineindruck des Patienten und die Röntgenuntersuchung. Das pastöse Aussehen, das reichliche Unterhautfettgewebe, die Rundheit der Glieder, das spärliche Axillar- und Schamhaar, die unterentwickelten Geschlechtsorgane und die Vergrösserung der äusseren Lymphdrüsen sind pathognomonisch.

John J. McCoy (New York): Gutartige Kehlkopfgeschwülste.

Redner plaidirt für grössere Exactheit in der Diagnose und Entfernung der Geschwülste; bespricht die verschiedenen Varietäten der Geschwülste und ihre Behandlung, demonstrirt Instrumente zur exacteren Entfernung von am Stimmbandrande sitzenden Geschwülsten.

Robert Levy (Denver Colorado) demonstrirt eine Abbildung von ausgedehnter Papillombildung im Larynx, die das Bild einer papillomatösen Infiltration giebt. Er spricht von der Beseitigung von Cysten durch einfache Incision, demonstrirt ferner an der Hand von Abbildungen eine Methode zur Entfernung einer grossen gestielten Geschwulst aus dem Larynx, bei welcher der Tumor durch eine eigens construirte Zange gefasst, eine Drahtschlinge über die Zange geschoben wird.

Harson Smith (New York) spricht nur von den Papillomen bei Kindern. Je chirurgischer man vorgeht, desto mehr Geschwülste wachsen nach. Er hat vier Fälle mit Fulguration behandelt und zwei davon geheilt. Die Schwierigkeit besteht darin, die Application direct auf die Geschwülste zu richten, was mittels eines neuen von der Wappler Electric Company verfertigten Applicators gelingt. Aether oder Chloroform dürfen wegen Explosionsgefahr nur im Beginn angewandt werden, dann muss man mit Cocain fortfahren.

McCoy betont, dass es bei Anwendung der directen Methode wichtig sei, die Mundhöhle des Patienten zu reinigen, da durch das hinunterrinnende Secret eine Bronchial- oder Lungeninfection entstehen könne.

Greenfield Sluder (St. Louis): Methode der Tonsillectomie mittels Guillotine.

Das Hauptmoment bei der von S. angegebenen Methode besteht darin, dass die Tonsille aus ihrer anatomischen Lage nach vorn und oben dislocirt und hier an einem anatomischen Punkt des Unterkiefers festgehalten wird, den er „Alveolarvorsprung des Unterkiefers" nennt. Dieser Vorsprung wird gebildet durch den letzten Molaris in der Alveole über der Linea mylo-hyoidea. Die Operation wird mittels einer Guillotine gemacht, die im Detail beschrieben wird. Nachdem die Tonsille nach vorn und oben dislocirt ist und an dem „Alveolarvorsprung" einen festen Stützpunkt gefunden hat, ist es leicht, die Guillotine um die Tonsille herumzulegen, indem man das Instrument gegen den Knochen andrückt. Eine eingebettete Tonsille ist mittels der Methode ebenso leicht zu entfernen, wie eine vorspringende.

William E. Sauer (St. Louis) demonstrirt eine Modification der Sluder-schen Guillotine.

Joseph C. Beck demonstrirt gleichfalls eine Modification des Sluder'schen Instruments.

Hanau W. Loeb (St. Louis) hat alle Modificationen geprüft und bezeichnet die von Sauer als die beste.



John W. Murphy (Cincinnati) hat gefunden, dass bei Anwendung des Beck'schen Instruments weniger Blutung eintritt, als bei dem Sluder'schen.

Hudson-Makuen (Philadelphia) stimmt mit Sluder darin nicht überein, dass es belanglos sei, ein Stückchen vom vorderen Gaumenbogen mit zu entfernen. Er ist im Gegentheil der Ansicht, dass eine solche Verletzung und die daraus resultirende Narbenbildung eine Beeinträchtigung der Action der äusseren Kehlkopfmuskeln zur Folge habe.

Sluder hat die einzig grössere Blutung, die er bei der Tonsillenoperation gesehen hat, bei einer Schlingenoperation gesehen. Er nimmt fast stets einen Streifen der Plica tonsillaris mit, glaubt aber nicht, dass er je etwas von dem M. palatoglossus mitentfernt hat.

Frederik C. Cobb und E. W. Nagle (Boston): Atrophische Rhinitis vom bakteriologischen Standpunkt; ihre Behandlung mittels Vaccine.

Redner berichten über die Anwendung der aus dem Abelbacillus gefertigten Vaccine; die Culturen wurden von 90 Fällen von Rhinitis atrophicans gewonnen, nachdem vorher der Nasenvorhof sterilisirt war. Alle ergaben Reincultur des Bacillus. In jedem Fall war vorher locale Behandlung ohne Erfolg geblieben. Vierzig Patienten erhielten von 4—46 Injectionen. Nur zwanzig kamen regelmässig zur Behandlung. Nachtheilige Wirkungen wurden von den Injectionen nicht bemerkt. Eine Patientin, bei der objectiv Besserung zu constatiren war, konnte sich selbst nicht gebessert finden. Die Vaccineinjectionen, wenn sie regelmässig ausgeführt werden, scheinen eine permanente Besserung herbeizuführen. Unregelmässige oder zu wenige Injectionen haben keinen so constanten Erfolg, ausgesprochene Besserung schien aber auch in diesen Fällen zu folgen. Jeder Cubikcentimeter Vaccine enthält 100 Millionen Bakterien; die Dosis variirte von $^1/_{10}$ bis $1^1/_2$ ccm Vaccine.

Joseph C. Beck (Chicago) hat gefunden, dass der Fibringehalt in 10 ccm Blut bei Rhinitis atrophicans zweimal so gross ist, wie in der Norm. Sauerstoffeinathmungen 10- oder 15 mal am Tage hatten eine ausgesprochene Wirkung bei Ozaena, jedoch nicht auf die Fibrin bildenden Elemente. In 52 von 57 Fällen betraf die Krankheit Frauen.

Emil Mayer.

V. Briefkasten.

Prof. Masini in Genua ist zum ordentlichen Professor der Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität daselbst ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, October. 1912. No. 10.

I. Felix Semon's literarisches Lebenswerk.[1])

Drei Jahre etwa ist es her, dass Felix Semon seinen Freunden die Mittheilung zugehen liess, er werde mit dem Beginn seines 60. Lebensjahres sich von seiner Berufsthätigkeit zurückziehen. Ganz unglaublich schien allen, die ihn kannten, diese Kunde: Felix Semon, der hochgeschätzte Forscher, dessen wissenschaftliche Arbeiten stets und überall der respectvollsten Aufnahme sicher waren, der gesuchteste und verwöhnteste Arzt, der so vielen Grossen und Grössten durch seine ärztliche Kunst und sein verständnissvolles Menschenthum Berather, Helfer und Freund geworden war, der sollte im Vollbesitze seiner Kraft all' seine Aemter und Würden niederlegen und auf jede weitere ärztliche und wissenschaftliche Bethätigung verzichten? Keiner wollte es glauben und doch wurde es Wahrheit. Im Juli des Jahres 1909 schied er freiwillig und unwiderruflich aus jeder Art von beruflicher Bethätigung. Ich weiss nicht, ob es ganz zutreffend gewesen wäre, wenn man ihm damals eine Umkehrung von Hans Sachsen's Spruch zugerufen hätte:

„Dir machst Du's leicht, uns machst Du's schwer!“

Denn auch ihm mag der Entschluss, sich von dem Arbeitsfelde, dem er mehr als ein volles Menschenalter sein ganzes Sinnen und Trachten gewidmet hatte, loszulösen, nicht gerade leicht geworden sein. Uns aber hat er es ganz gewiss schwer gemacht, besonders da, wo wir, wie auf Versammlungen und Congressen, die Wirkung seiner Persönlichkeit so oft am unmittelbarsten empfunden hatten. Wie oft hat er uns bei solchen Ge-

1) Sir Felix Semon, Forschungen und Erfahrungen 1880—1910, Eine Sammlung ausgewählter Arbeiten. 2 Bde. Berlin 1912. Verlag von Aug. Hirschwald.

legenheiten durch sein kluges Wort, das jedem gab, was rechtens ihm zukam, von der trostlosen Oede endloser Geschäftsdebatten erlöst, wie oft hat seine temperamentvolle Persönlichkeit die Discussion belebt und den springenden Punkt aus dem vielen Hin und Her scharf pointirt herausgeschält und seiner Erledigung nahe gerückt. Nun mussten wir lernen, ohne ihn auszukommen.

Aber dass er nur äusserlich, nicht auch innerlich sich losgelöst hat von den Interessen, denen seine besten Schaffensjahre gewidmet waren, des zum Beweise sendet er eben allen Berufsgenossen eine Neuausgabe der hauptsächlichsten Arbeiten, die er während einer 30jährigen rastlosen Arbeitszeit geschaffen hat. Diesen beigefügt ist der hier zum ersten Mal veröffentlichte Briefwechsel mit Ottomar Rosenbach, ein ebenfalls noch nicht publicirter Aufsatz über die Myxödemfrage und einige Sentenzen, die wohl andeuten sollen, was das Leben ihn gelehrt hat.

Die Idee, eine Neuausgabe seiner Arbeiten zu veranstalten, wurde durch Erwägungen mancherlei Art in ihm wachgerufen. In Deutschland geboren, hat Semon seine medicinischen Schaffensjahre in England verlebt und seine Arbeiten theils in englischer, theils in französischer, theils in deutscher Sprache veröffentlicht. Manche von ihnen sind in schwer zugänglichen Zeitschriften erschienen, andere wieder in Journalen, die längst ihr Erscheinen eingestellt haben — das alles liess in ihm den Wunsch erstehen, die Arbeit seines Lebens in einer leicht zugänglichen Neuausgabe zu sammeln, um sie vor Zersplitterung und Vergessenheit zu bewahren. So erstand dieses zweibändige Werk, geschmückt mit der Medaille der „Semon Lectureship in Laryngology“ der Universität London, das er seinem langjährigen Freunde und Mitarbeiter Victor Horsley widmete.

Es kann nicht Aufgabe dieser Besprechung sein, eine Inhaltsangabe der einzelnen Aufsätze zu liefern, denn ihr Inhalt ist längst bekannt, sie alle gehören der Geschichte an. Und ebenso wenig angebracht wäre es, wollte man heute schon über ihre wissenschaftliche Tragfähigkeit ein endgültiges Werthurtheil abgeben. Denn noch stehen viele und gerade die wichtigsten von den Fragen, die er angeregt und nach bestem Wissen und Können zu beantworten gesucht hat, zur Discussion, und es ist abzuwarten, ob die Entscheidung für ihn fallen wird. Kann somit heut' noch nicht das letzte Wort über Felix Semon's wissenschaftliches Wirken und Schaffen gesprochen werden, so ist doch die Distanz, die uns von dem Tage der Publication der meisten dieser Arbeiten trennt, gross genug, um uns einschätzen zu lassen, was er uns gewesen ist und was er der Wissenschaft geleistet hat.

Der wichtigste Theil seiner Arbeit ist dem Studium der Innervation des Kehlkopfs gewidmet. Das, was er hier geleistet hat, bildet einen

wichtigen Abschnitt in der Geschichte der Laryngologie. Bis zu jener Zeit war die junge Disciplin vollauf beschäftigt gewesen mit der Ausarbeitung der Technik, mit der Registrirung und Erforschung der gröberen Kehlkopfbilder, der Tumoren, der katarrhalischen, tuberkulösen und syphilitischen Affectionen; auch die einfachste Form der Nervenstörung, die Recurrenslähmung, kannte man schon, von den feineren, complicirten Vorgängen bei der allmählichen Schädigung des Recurrensstammes und seiner Centren aber wusste man noch nichts. Hier setzte Felix Semon's Thätigkeit ein. In dem Gedächtniss aller älteren Laryngologen lebt noch die Erinnerung an die Polemik mit O. Rosenbach, die sich an die ersten Arbeiten auf diesem Gebiete knüpfte. Jetzt, nach dem Ableben seines alten Gegners, hat Semon zum ersten Mal die Briefe, die damals gewechselt wurden, veröffentlicht. Jeder, der nur etwas historischen Sinn hat für den geschichtlichen Werdegang unseres Berufes, mag und soll diese documentarischen Belege selbst lesen und sich selbst ein Urtheil bilden, welcher Antheil an dem Verdienst und wieviel unserer Dankesschuld jedem der beiden Preisbewerber zukommt. Aber wie diese Entscheidung auch ausfallen mag, jeder wird seine Freude haben an der eleganten und vornehmen Art, in der die beiden so verschieden gearteten, intellectuell aber ebenbürtigen Gegner ihre Klingen führten, und an der vornehmen Gesinnung, die auf Semon's Vorschlag zu der Vereinbarung führte, man solle auf jede weitere Polemik verzichten und der Zukunft die Beantwortung dieser Streitfrage überlassen. Felix Semon hat diesen Pact bis zum heutigen Tage treulich gehalten.

Von den weiteren zahlreichen Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfs sind die mit Victor Horsley gemeinschaftlich vorgenommenen Untersuchungen über die Repräsentation der Kehlkopfmuskulatur in der Gehirnrinde und in der Medulla hervorzuheben. Sie führten zu einem weiteren Ausbau der früheren, auf diesem Gebiete grundlegenden Arbeiten von H. Krause.

Die „Kultur der Singstimme“ (1891) und der Aufsatz „Ueber den therapeutischen Werth vollständiger Stimmruhe bei der Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberculose“ (1906) behandelten Themata, deren Bedeutung auch damals schon keinem Einsichtigen fremd war. Aber des Vortragenden Autorität, unterstützt durch die persönliche Note seiner Darstellungsweise, wirkten auch auf weitere Kreise als Mahnruf, der der Sache sehr zu gute kam.

Das Schicksal seiner Studie: „Ueber mechanische Störung der Functionen des Cricoidgelenks“ (1880) dürfte typisch dafür sein, wie in Felix Semon der Wunsch nach einer Neuauflage seiner Arbeiten entstand: 22 Jahre nach ihrer Publication musste er einen Autor, der diese Frage



als Neuland behandelte, darauf hinweisen, dass dieses Neuland schon vor fast einem Menschenalter von ihm erschlossen und nach allen Richtungen hin durchforscht war.

Den zweiten Band eröffnet jener einst so heiss discutirte Aufsatz über „Die Krankheit Kaiser Friedrich III. und die Laryngologie" (1888). Als Semon damals mit der historisch-kritischen Darstellung jener traurigen Zeit an die Oeffentlichkeit trat, da hat ihm die Objectivität, mit der er Licht und Schatten nach bestem Ermessen gerecht zu vertheilen bemüht war, wenig Dank eingetragen. Jeder fast, der damals eine Rolle gespielt hatte, „hörte von Allem nur das Nein". Seitdem ist fast ein Vierteljahrhundert vergangen und die meisten der an jener weltgeschichtlichen Tragödie Betheiligten sind dahingeschwunden, andere, die damals, von der Parteien Gunst emporgetragen, die Situation als Sprungbrett für ihr weiteres Fortkommen ausnutzen wollten, sind verdientermaassen längst wieder in das Dunkel der Namenlosigkeit hinabgesunken. So ist auch hier inzwischen die Distanz, die uns von jenen Tagen trennt, gross genug geworden, um die Leidenschaftlichkeit jenes Kampfes Aller gegen Alle zur Ruhe kommen zu lassen und einer objectiven Prüfung Raum zu geben. Das Resultat dieser deckt sich restlos mit dem Urtheil, das Felix Semon damals so unmittelbar nach der Katastrophe in seinem Schlusswort abgegeben hat. Selbst auf die Gefahr hin, noch einmal hören zu müssen, dass meine Freundschaft für Felix Semon mein Urtheil über seine Persönlichkeit beeinflusst — ein Vorwurf übrigens, den der betreffende Autor niemals hätte machen können, wenn er sich jemals die Mühe gegeben hätte, die in so vielen Punkten differirenden Resultate von Semon's und meinen eigenen Untersuchungen auch nur flüchtig zu vergleichen —, selbst auf diese Gefahr hin muss ich bewundernd die Selbstzucht eines Mannes erkennen, der in einer so erschütternden Situation, in der er mehr als nur Zuschauer war, sein von Natur temperamentvolles, ja sogar leidenschaftliches Wesen so zu bändigen und zu beherrschen wusste, dass er, kaum dass der Vorhang sich über dieses Drama gesenkt hatte, von der Parteien Hass und Gunst unbeirrt, unbeirrt auch durch seine eigenen sonst recht lebhaften Sympathien und Antipathien über Grosse und Grösste in unserer Berufsgemeinschaft ein Urtheil abgeben konnte, das die Geschichte später so rückhaltlos bestätigte.

Die Erörterungen während jener Periode gaben den Anstoss zu der grossen von Semon inaugurirten Sammelforschung, die feststellen sollte, ob eine ursprünglich gutartige Geschwulst in Folge von mechanischer Reizung einen bösartigen Charakter annehmen könne. Das Ergebniss dieser Enquête ist bekannt; es schaffte in einer Frage, die für die gesammte medicinische Welt von grösster Tragweite ist, soviel Klarheit, als

sich zur Zeit bei grossem Organisationstalent durch unermüdlichen Fleiss und unerbittliche Kritik schaffen liess. Auf jene Erlebnisse ist wohl auch das besondere Interesse Semon's an bösartigen Neubildungen und an ihrer operativen Behandlung zurückzuführen —, die Förderung, die wir seinen Arbeiten auf diesem Gebiete zu danken haben, ist noch in Aller Gedächtniss.

Aus der grossen Zahl der übrigen Aufsätze, die wissenschaftliche und technische, historische und sociale Fragen der allerverschiedensten Art behandeln, seien noch zwei Arbeiten besonders erwähnt. Die eine beschäftigt sich mit der (wie es Semon nennt) wahrscheinlichen Identität der acuten septischen Erkrankungen des Halses (Phlegmone, Erysipel, Angina Ludovici). Diese Arbeit erschien, nachdem Schreiber dieses 9 Monate zuvor in einer umfassenden Studie versucht hatte, in dieses damals so verworrene und so falsch interpretirte Gebiet Ordnung und Klarheit zu bringen. Semon unterstützte durch sein klinisches Material die von mir vertretenen Anschauungen in allen wesentlichen Punkten und half energisch den Widerspruch, der uns damals aller Orten, am meisten aber in England entgegengebracht wurde, überwinden.

Eine ähnliche Bedeutung möchte ich seinem Aufsatze über die Pneumokokken-Angina zuschreiben. Die Deutung, die Semon damals seinen Fällen gab, ist nicht unwidersprochen geblieben, aber ob seine, ob seiner Gegner Auffassung in jenem gerade vorliegenden Krankheitsfalle die richtige gewesen ist, ich habe guten Grund zu glauben, dass der Hinweis auf diese Art der Halsentzündung von nicht zu unterschätzendem heuristischen Werth gewesen ist.

Wie ein leises, weiches Wort vom Abschiednehmen klingt es aus dem Capitel „Allerlei Nachdenkliches“, wie ein Hauch von Resignation und Sentimentalität, die, so möchte man glauben, in diesem Manne von so klarem Zielbewusstsein, von so energischem Wollen und so rücksichtsloser Thatkraft kein Platz haben können. Hat er doch durch das seinem letzten Werke vorgesetzte Motto: „Leben heisst: Kämpfer sein“ selbst wohl den Schlüssel zu seiner Art und Lebensauffassung geben wollen. Und doch waren ihm solche Stunden bangen Zweifelns nicht fremd. Vor vielen Jahren war es, da erzählte er mir, ein alter Freund habe ihn während eines Congresses einigen Collegen vorgestellt mit den Worten: „Sehen Sie, meine Herren, das ist der Mann, der sein ganzes Leben an einen kleinen, dünnen Nervenfaden gebunden hat.“ Und dieses in einer übermüthigen Laune gesprochene Wort ging ihm nach, ihm, der sonst so viel Verständniss für den Uebermuth einer frohen Stunde hatte, es machte ihn nachdenklich und quälte ihn, ob er vor sich selbst bestehen könne, ob er sich und der Mitwelt genug gethan habe, da er „sein ganzes Leben an einen so kleinen, dünnen Nervenfaden gebunden hatte“. Nun mögen diese beiden

Bände, die bei Weitem nicht seine ganze literarische Production enthalten, ihm und den anderen die Antwort geben. Seine Arbeitsleistung war wahrhaftig vielseitig genug: Gab es doch in der Laryngologie seiner Zeit kaum ein Capitel, an dem er nicht wirksam mitgearbeitet hatte. Aber weit höher noch als diese Vielseitigkeit seines Schaffens steht mir die Vertiefung, die unermüdliche Zähigkeit, die nimmer sich genügende Gründlichkeit, mit der er in jahrelangem heissen Bemühen rang, um das Wesen und Wirken dieses „kleinen, dünnen Nervenfadens“ zu ergründen. Was liegt am Ende daran, ob seine Interpretation die rechte war oder ob kommende Geschlechter zu anderen Resultaten gelangen werden? Nicht darin liegt das Entscheidende, entscheidend ist vielmehr, dass die Art seiner Arbeit die rechte war, dass sie recht und echt und vorbildlich war. So war es ihm vergönnt, seiner Zeit die Wege zeigen zu helfen —, ob diese bis zum letzten Gipfel führen werden, wer will es wissen? Aber seine Zeitgenossen haben sie vorwärts und aufwärts geführt, und darum darf er, unseres Dankes gewiss, befriedigt auf sein Tagewerk blicken. A. K.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege; Instrumente.

1) **Chevalier Jackson. Das Ertrinken des Kranken in seinem eigenen Secret. (The drowning of the patient in his own secretion.)** *Laryngoscope. Dec. 1911.*

Wenn eine excessive Secretion aus Trachea und Bronchien vorhanden ist, so stellt sie eine Lebensgefahr dar, wenn das Secret nicht entfernt wird. Unter fast allen Umständen wird dies durch die normale Thätigkeit des Reflexhustens, der forcirten Exspiration und des Flimmerepithels besorgt. Es giebt aber gewisse Umstände, unter denen diese normalen Factoren versagen. Hierher gehört die Anwendung gewisser Narcotica; viele post-operativen Pneumonien sind gewiss darauf zurückzuführen, dass der Mechanismus, durch den normalerweise die Secrete entfernt werden, aufgehoben ist. Am meisten trifft dies für kleine Kinder zu. Auch Störungen der Kehlkopfmotilität und nach des Verf.'s Erfahrung besonders doppelseitige Recurrenslähmung sind mit solcher Secretüberschwemmung der Luftwege verbunden.

Verf. verfügt über 12 Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen, wo nach Entfernung des Fremdkörpers noch sehr heftige dyspnoische Anfälle durch die angehäuften Secretmassen auftraten. In einigen Fällen gelang es, die Secretmassen durch das Bronchoskop hindurch zu aspiriren; in zweien wurde nach der Aufsaugung des Secrets das Leben nur durch Anwendung von Sauerstoff durch das Bronchoskop hindurch gerettet. Für diesen Zweck erwies sich das Bronchoskop mit dem Narkoseansatz von T. Drysdale Buchanan als sehr nützlich, insofern auf diese Weise mit so geringer Unterbrechung wie möglich während des Auftupfens des Secretes der Sauerstoffstrom eingeleitet werden konnte. In einem

Fall verhinderte eine sehr starke Schwellung der Schleimhaut den Gasaustausch und das Kind starb. Dies war ein Fall von Influenza-Tracheobronchitis complicirt mit Pneumonie. In einem Fall war bei einer Influenzatracheitis das Secret so gelatinös, dass die Zange zu Hilfe genommen werden musste.

Die hier geschilderte Anwendung des Bronchoskops bezeichnet Verf. als ein neues und wichtiges Gebiet.

EMIL MAYER.

2) **Sohier Bryant. Circulations- und Respirationsreflexe und Neurosen von den oberen Luftwegen aus. (Circulatory and respiratory reflexes and neuroses from the upper air tract.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Dec. 1911.*

Verf. bespricht die Bedeutung der von den oberen Luftwegen ausgehenden Reflexneurosen.

EMIL MAYER.

3) **George B. Wood. Diagnose und Behandlung der tuberculösen Erkrankungen der oberen Luftwege. (The diagnosis and treatment of tuberculous lesions in the upper respiratory tract.)** *The Therapeutic Gazette. 15. Mai 1911.*

Aus den Ausführungen des Verf.'s sei besonders hervorgehoben seine Betonung der Wichtigkeit der chirurgischen Methoden; vorzuziehen seien solche Methoden, durch welche eine Eröffnung der Blut- und Lymphbahnen vermieden wird, vor allem die Galvanokaustik.

EMIL MAYER.

4) **Peyser** (Berlin). **Die Wichtigkeit der Wassermann'schen Reaction in der rhinologischen Praxis.** *Med. Reform. No. 8. 1912.*

Einige Fälle, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden, zeigen die Bedeutung der positiven sowie der negativen Wassermann'schen Reaction.

SEIFERT.

5) **Koenigstein. Lues pharyngonasalis maligna.** *Medycyna und Kronika. No. 10. 1912.*

Breite Ulcerationen auf der hinteren Pharynxwand, auf dem Fornix, auf der Maxilla superior heilten in wenigen Wochen nach zweimaliger Injektion von Salvarsan. In Folge völligen Defectes des weichen und harten Gaumens konnte man vorzüglich, wie auf einem anatomischen Präparat, die Mündungen der sphenoidalen und frontalen Sinus, die Mündungen der Tuba Eustachii etc. beobachten.

A. v. SOKOLOWSKI.

6) **A. Rosenberg** (Berlin). **Ein diagnostisches Hülfsmittel zur Erkennung oberflächlicher Schleimhautdefecte.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 614. 1912.*

Durch Einspritzen einer etwa 2proc. alkalischen Fluorescinlösung in den Kehlkopf — es genügen bereits 1—2 Tropfen — nimmt eine erodirte oder ulcerirte Schleimhautstelle einen gelblichen bis ins Grüne schillernden Ton an, der dann während einiger Minuten bis einige Stunden bestehen bleibt. Auf diese Art kann man also leicht die erodirte Stelle auch einem andern demonstriren. Das Fluorescin übt keine schädigende Wirkung aus. Als Fromm und Grönow 1890 das Fluorescin als diagnostisches Mittel bei Augenerkrankungen empfahlen, haben diese bereits die Ansicht ausgesprochen, dass diese Methode vielleicht auch bei

Erkrankungen anderer Schleimhäute von diagnostischem Wert sein könnte; von diesem Gedanken wurde bis heute kein Gebrauch gemacht. OPPIKOFER.

7) **J. Safranek** (Budapest). **Ueber Blutgefässgeschwülste der oberen Luftwege.** *Orvosi Hetilap. No. 11. 1912.*

Mitteilung von drei Fällen, mit ausführlicher Besprechung der Klinik und der Therapie. POLYÁK.

8) **Fallus. Angiom des Rachens, Kehlkopfs und äusseren Halses. (Angiome du pharynx, du larynx et du cou.)** *La clinique. No. 14. April 1912 und Arch. intern. de laryng. 1912.*

Ausgehend von einem von ihm beobachteten Fall bespricht Verf. Pathogenese, Symptomatologie und Therapie dieser Tumoren. PARMENTIER.

9) **Clement F. Theisen. Injectionen von Blutserum bei spontanen oder postoperativen Blutungen. (Injections of blood serum for hemorrhage either spontaneous or postoperative.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Sept. 1911.*

Verf. hält die Injectionen von Blutserum für ein äusserst werthvolles Mittel: die Wirkung kann auf keinem blossen Zufall beruhen, denn sie lässt sich constatiren, nachdem alle andern Mittel versagt haben. Birkett hat nach einer mündlichen Mitteilung an den Verf. kürzlich einen Fall von unstillbarem Nasenbluten bei einer 65jährigen Frau gehabt, das auf Injectionen von normalem Pferdeblutserum stand. EMIL MAYER.

10) **Sargnon. Ueber die praeventive und curative Behandlung einiger Formen der chronischen Stenose der oberen Luftwege. (Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif de certaines sténoses chroniques des voies aériennes supérieures laryngo-trachéales.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XV. No. 1. 1912.*

Uebersicht über die Methoden der Behandlung. In Betracht kommt die interne Dilatation einschliesslich der Bolzen von Thost, nur für die leichtesten Formen geeignet, die Laryngofissur mit interner Behandlung hauptsächlich von Pieniazeck geübt und endlich die Laryngo-Tracheostomie, wie sie namentlich in Frankreich von Sargnon propagirt wird. Diese letztere Methode ist in allen Fällen angezeigt, wo das Leben und die Gesundheit des Patienten gefährdet sind. In Sargnon's Händen ist die Methode zu einer absolut sicheren geworden. Interessant ist namentlich die Zusammenstellung von 18 persönlichen und 135 fremden zum Theil noch nicht publicirten Fällen von Laryngo-Tracheostomie, die beweisen, dass die Gesammt-Mortalität kaum $8^1/_2$ pCt. beträgt. LAUTMANN.

11) **Saenger** (Magdeburg). **Zur Beschleunigung der Arzneiwirkung bei Behandlung innerer Krankheitszustände.** *Med. Klinik. No. 23. 1912.*

Um Arzneien möglichst schnell zur vollen Wirkung gelangen zu lassen, müssen sie mit einer möglichst ausgedehnten Fläche in Berührung kommen. Dieses Ziel lässt sich technisch am leichtesten in der Weise erreichen, dass die Arznei in gelöstem Zustande und fein zerstäubt mit jener Fläche in Berührung

kommt. Dazu empfiehlt Verf. (für Antipyrin-Coffeinlösungen, Morphiumlösungen, Codein etc.) seinen Tropfenzerstäuber. SEIFERT.

12) **Hans Januschke** und **Leo Pollak** (Wien). **Zur Pharmakologie der Bronchialmuskulatur.** *Arch. f. experim. Pathol. und Pharmakol. 66. Bd. 1911.*

Intravenöse Injection von Adrenalin bewirkt eine Vergrösserung der Athemexcursionen der Lunge, und zwar nicht durch Circulationsänderung, sondern durch Bronchialerweiterung. Experimentell wurde der auf Muscarinwirkung entstandene Bronchialkrampf durch Adrenalin behoben.

Die krampfmindernde Wirkung des injicirten Adrenalins ermöglicht eine diagnostische Anwendung von Adrenalininjectionen zur Aufdeckung bronchialverengender Zustände bei Asthma und anderen Erkrankungen. W. SOBERNHEIM.

13) **E. v. Tóvölgyi** (Budapest). **Neue rhino-laryngologische Instrumente.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1912.*

1. Ein Antroskoptroikart,
2. Ein Stimmlippenmesser,
3. Nasenspeculum mit Eiteraspiration,
4. Ein Tonsillotom.

POLYAK.

14) **Max Lebsche** (München). **Ein neuer Wundhaken.** Mit 1 Abb. *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1912.*

Der in der Mittheilung abgebildete Wundhaken ermöglicht durch entsprechende Anordnung der Zacken den zweiten stumpfen Haken bei der Operation auszuschalten, sodass dem Assistenten eine Hand zum Tupfen frei bleibt und zugleich das Operationsgebiet übersichtlicher gestaltet wird. Der Haken ist bei der Firma Katsch, München, zu beziehen. HECHT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

15) **Jonathan Wright. Die Beziehung der biophysikalischen Gesetze der Osmose zu den nasalen vasomotorischen Processen. (The relation of the biophysical laws of osmosis to nasal vasomotor processes.)** *New York med. journ. 28. Oct. 1911.*

Die physiologischen, pathologischen und klinischen Erscheinungen gewinnen eine einheitlichere Grundlage, wenn man die fundamentalen Gesetze der Osmose in lebenden thierischen Membranen auf die Circulation in den Lymphräumen anwendet. In Nasenpolypen und Gaumentonsillen kann man unter gewissen Entzündungsbedingungen leicht einen Afflux von Fett und lipoiden Granulocyten zum Oberflächenepithel und den Blutgefässen constatiren. In den Nasenpolypen sieht man, dass sie die Lymphräume des Bindegewebes erfüllen gerade unter dem Oberflächen- und Drüsenepithel, dessen Intercellularräume sie in grösserer Anzahl durchdringen, als es in der normalen Schleimhaut der Fall ist. Es kann angenommen werden, dass ihre Locomotion durch Oberflächenspannung zwischen ihrer Lipoidumhüllung und der Lipoidauskleidung der Intercellularräume bedingt wird.

Unter physiologischen und pathologischen Bedingungen müssen wir annehmen, dass die Colloide des circulirenden Blutes unter dem Einfluss der vasomotorischen Nerven aus den Lymphräumen das Wasser des Serums aufnehmen und es an diese

wieder abgeben. Unter physiologischen Bedingungen ist jedes nur eine kurze Phase vitaler Thätigkeit. Wird der physiologische Mechanismus irgendwie gestört, so resultirt eine Wasserüberschwemmung der Gewebe, wie bei Heufieber, Nasenpolypen und acuter Coryza oder sie schrumpfen und trocknen ein, wie bei atrophischer Rhinitis.

EMIL MAYER.

16) **Brachet. Die morphologische Bedeutung des Gehörganglions der Capula olfactiva. (La signification morphologique du ganglien auditif de la capsule olfactive.)** *La Presse otolaryng. belge. No. 10. 1911.* Rapport vom VII. belgischen Congress für Neurologie und Psychiatrie.

Der Autor kommt bei seiner Studie zu der Schlussfolgerung, dass die Gesetze, welche der Entwicklung des Geruchsorgans vorstehen, die gleichen seien, wie sie für die Entwicklung des Gehörorgans und der sensitiven Ganglien der gemischten Gehirnnerven gelten; daraus zieht er denn auch den andern Schluss, dass alle diese Organe eine homologe Serie bilden.

PARMENTIER.

17) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Die Wirkung des ultravioletten Lichtes auf Riechgase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 672.*

Z. prüfte mittelst besonderen Apparates die Riechgase auf ihre Beständigkeit dem ultravioletten Licht gegenüber. Die Zeit, die zum Desodorisiren eines Riechgases von 2 Olfaktien erforderlich ist, ist recht verschieden, je nach dem Gase und je nachdem eine Uviollampe oder eine Quarzlampe mit vorgestellter Steinsalzplatte benutzt wird. Die Quarzlampe hat eine viel grössere Wirkung als die Uviollampe. Terpentinöl, Valeriansäure, Pyridin, Skatol sind gute Beispiele leicht zersetzlicher Gerüche, Nitrobenzol, Guajacol gute Beispiele recht beständiger Gerüche.

OPPIKOFER.

18) **O. Seifert** (Würzburg). **Beiträge zur traumatischen Anosmie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 650. 1912.*

Fall 1. 51 Jahre alter Cigarrenreisender. Nach Fall in eine 1 m tiefe Grube leichte Betäubung, Blutung aus der Nase, sofortiger Verlust von Geruch und Geschmack, beständiges Wahrnehmen eines lästigen Brandgeruches. $2^1/_2$ Jahre nach dem Unfall keine wesentliche Besserung der Anosmie und Weiterbestehen des unangenehmen Brandgeruches.

Fall 2. Bei 45 Jahre altem Metzger auf einer Treibjagd Eindringen von Schrotkörnern in die rechte Wangen- und Nasenseite: sofortige und dauernde Anosmie und erhebliche Beeinträchtigung des Geschmackvermögens.

Beide Fälle fanden ihre gütliche Erledigung. Immerhin bespricht S., da beide Patienten in ihrem Beruf stark behindert wurden, die Frage, wie hoch der Verlust des Geruchsvermögens bei Arbeitern und Angestellten der Nahrungs- und Genussmittelbranche zu bewerten sei. So würde er dem ersten in seinem Beruf als Cigarrenreisender schwer geschädigten Patienten einen Betrag von 15—20 pCt. der Vollrente zugesprochen haben.

OPPIKOFER.

19) **Stuart Low. Nasenkatarrh. (Nasal catarrh.)** *Practitioner. April 1912.*

Verf. empfiehlt eine Methode der submucösen Resection der Muschelknochen.

JOHN WRIGHT.



20) **Schönfeld. Rhinitis hyperplastica oedematosa (Seifert).** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 299. 1912.*

Auf der 10. Versammlung süddeutscher Laryngologen in Heidelberg 1903 hat Seifert an Hand von 3 Fällen auf ein seltenes Krankheitsbild aufmerksam gemacht, das er als Rhinitis hyperplastica oedematosa bezeichnete. S. hat seither und zwar im Verlaufe von 6 Jahren weitere 29 Fälle gesammelt, die er nun durch seinen Schüler Schönfeld zusammenstellen liess. Das Krankheitsbild wird folgendermaassen geschildert: Es giebt eine, durch anhaltenden Gebrauch von Schnupftabak bedingte, also fast nur bei männlichen Individuen vorkommende, chronische Hyperplasie der unteren Muscheln (resp. einer unteren Muschel). Dieselbe ist ausgezeichnet durch eine ganz blasse, wie gelatinös aussehende Farbe, derbe Beschaffenheit, glatte oder leicht gekörnte Oberfläche und Absonderung eines ganz hellen durchscheinenden Secretes (ohne Eiterbeimengung). Auf Cocain oder Cocainadrenalin nimmt sie in ihrem Volumen nicht oder nur wenig ab; in therapeutischer Hinsicht ist sie am zweckmässigsten durch Resection zu heilen. Mikroskopisch findet sich eine starke ödematöse Durchtränkung des subepithelialen Bindegewebes; dies erklärt das eigenartige makroskopische Aussehen dieser Hyperplasien.

OPPIKOFER.

21) **J. A. Kolmer** und **P. G. Weston. Bacterielle Behandlung von septischer Scharlachrhinitis. Bericht über 100 Fälle. (Bacterin treatment of septic rhinitis of scarlat fever. Report of one hundred cases.)** *Americ. journ. of med. sciences. Sept. 1911.*

Verff. legen der Rhinitis für die Aetiologie des Rückfall-Scharlachs eine sehr wichtige Rolle bei; die wahre Scharlachrhinitis hat einen septischen Charakter, ist an sich ausgesprochen infectiös und enthält wahrscheinlich das Scharlachcontagium. Verff. fanden die bakterielle Behandlung befriedigender als jede andere; sie kürzt die Behandlungszeit ab und setzt die Zahl der Rückfälle erheblich herab.

EMIL MAYER.

22) **Percepied. Betrachtungen über die Rhinitis vasomotoria und deren Behandlung. (Considérations sur les coryzas spasmodiques et leurs traitements.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 15. 1912.*

Es werden zunächst die verschiedenen Formen der Rhinitis vasomotoria erwähnt und kurz auf die neuste Erklärung ihrer Pathogenese, die Anaphylaxie, eingegangen. Hierauf werden die bekannten Mittel kurz erwähnt. Genauer wird die Serotherapie berücksichtigt und zum Schlusse die Behandlung des allgemeinen Zustandes empfohlen.

LAUTMANN.

23) **Joseph C. Beck. Beitrag zur Aetiologie, Pathologie und Therapie der Rhinitis atrophicans. (Contribution to the etiology, pathology and treatment of atrophic rhinitis.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. März 1912.*

Verf. behandelt die Ozaena folgendermaassen: Zwei Wochen lang wird die Nase täglich in der Sprechstunde mechanisch unter Anwendung der Saugpumpe gereinigt und auf die ganze Schleimhautfläche, besonders in der Regio olfactoria

eine 25proc. wässrige Thigenollösung aufgepinselt. Wasserdouchen oder -sprays werden untersagt. Pat. wird ferner angewiesen, zu Hause Sauerstoffeinathmungen zu machen und zwar tief durch die Nase ein- und den Mund auszuathmen. Dies geschieht 3—10 Minuten lang Morgens und Abends. Am ersten Behandlungstage wird gewöhnlich eine Cultur angelegt und am Endo der Woche eine hergestellte Autovaccine auf die gewöhnliche Weise angewandt. Ist eine Besserung zu verzeichnen, so wird diese Behandlung fortgesetzt; in der Regel wird auch die Entfernung der mittleren Muschel und die Curettage des Siebbeins ausgeführt. Gewöhnlich am Ende des 2. Monats wird die submucöse Abtrennung des Mucoperichondriums und des Periosts am Septum vorgenommen, in die so gebildete Tasche Paraffin von 50° C. eingeführt und die Incisionswunde durch Naht geschlossen. Die Grösse der so gebildeten künstlichen Leiste muss genau kalkulirt werden, damit nicht in Folge zu grosser Dehnung Nekrose der Schleimhaut eintritt. Auch kann das Paraffin durch eine Spritze zwischen Knochen und Periost bezw. Knorpel und Perichondrium eingespritzt werden.

EMIL MAYER.

24) **Compaired** (Madrid). **Ueber einige seltene klinische Erscheinungen der Ozaena. (A proposito de algunas manifestaciones clinicas raras del ozena.)** *Siglo medico. December 1910.*

44jährige Frau mit alter Ozaena, die eine so hochgradige Photophobie hat, dass sie nicht lesen und schreiben kann; schon geringes Licht ruft starke Schmerzen hervor. Gleichzeitig besteht eine schwere Hyperakusis und eine vermehrte allgemeine Sensibilität besonders gegen Kälte und eine Hauthyperästhesie. Pat. war lange Zeit vergeblich von einem Nervenspecialisten behandelt worden; eine locale Behandlung brachte erhebliche Besserung.

TAPIA.

25) **Alfred Rundström** (Stockholm). **Ueber Ethmoiditis purulenta exulcerans cum rhinitide atrophica und über Ethmoiditis purulenta cum rhinitide atrophica.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Verf. fand in seinen sämmtlichen veröffentlichten Fällen von Ozaena ein Vorhandensein von Nebenhöhlenerkrankungen, nach deren Ausheilung eine Heilung der Ozaena und nach deren Besserung eine Besserung der Ozaena eintrat. In denjenigen typischen Ozaenafällen, bei denen der Secretabfluss aus den Siebbeinzellen nicht zu Tage tritt, liegt die Ursache nach Ansicht des Verf. in einer bereits in den Siebbeinzellen selbst stattfindenden Eintrocknung des Secrets. Die Nebenhöhleneiterung könne in diesen Fällen erst durch Eröffnung der Zellen festgestellt werden.

Der fötide Geruch hängt mit einer Ulceration in den Nebenhöhlen zusammen, die mit Verfärbung des Knochengewebes einhergeht; bei der nicht fötiden Form ist die chronisch entzündete Schleimhaut intact, oder falls bereits Zerstörung derselben eingetreten ist, ist der Knochen wenigstens nie befallen.

In der durch Secretretention in den Siebbeinzellen entstehenden Ectasierung in früher Jugend sieht Verf. die erste Ursache der abnormen Nasenweite, aus der sich später alle übrigen Symptome entwickeln.

W. SOBERNHEIM.

26) **S. Goldstein. Einige Bemerkungen über die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Some remarks on the treatment of atrophic rhinitis.)** *American medicine. Juni 1911.*

Verf. empfiehlt für manche Fälle das Thigenol, nachdem alle localen Affectionen, wie Sinusitis, sowie die allgemeine Kachexie, so weit wie möglich durch geeignete chirurgische oder allgemeine Behandlung eliminirt worden sind.

EMIL MAYER.

27) **Torres** (Barcelona). **Beitrag zur Behandlung der Ozaena mit hochfrequenten Strömen. (Contribucion al tratamiento del ozena par les corrientes de alta frecuencia.)** *La Tribuna medica. November 1910.*

Es werden 3—5 Sitzungen hintereinander gemacht, dann 2—3 Tage Pause. T. hat 9 Fälle in Behandlung; einer wurde nach 12 Sitzungen völlig geheilt.

TAPIA.

28) **K. Lübbers** (Greifswald). **Ueber Resultate der Paraffininjectionen in der Ozaenatherapie.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. VI. S. 60. 1912.*

L. berichtet über 27 Ozaenapatienten, die mit Paraffininjectionen behandelt wurden: bei 11 hörten alle subjectiven Beschwerden auf, bei 10 war eine wesentliche Besserung und bei 6 keine Besserung zu constatiren. Da die Beobachtungszeit eine zu kurze ist, so möchte L. noch nicht ohne Weiteres von einer Heilung der Ozaena durch Paraffininjectionen reden; doch steht für ihn sicher, dass in der jetzt bekannten Ozaenatherapie die Paraffininjectionen am ehesten einen Erfolg versprechen. Zu den Injectionen wurde die Onodi'sche Spritze und ein Paraffin mit einem Schmelzpunkt von 45° benutzt. Um zu bewirken, dass das Paraffin leichter unter die Mucosa einfliessen kann, wurden vor der Paraffininjection vorerst einige Cubikcentimeter physiol. Kochsalzlösung oder besser noch eine $^1/_2$ proc. Novocainlösung ohne Adrenalinzusatz eingespritzt. In einem Falle entwickelte sich im Anschluss an die Paraffininjection eine starke entzündliche Reaction der Nasenschleimhaut mit nachfolgender acuter Mittelohrentzündung, die die Eröffnung des Warzenfortsatzes nothwendig machte.

OPPIKOFER.

29) **D. v. Navratil. Ueber die Technik der extra- und intranasalen Paraffininjection. (Sur la technique extra- et intranasale de la paraffine.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXII. No. 3. 1912.*

Nach einer historischen Uebersicht über die Frage (es existiren mindestens 1200 Publicationen!) resumiert der Autor seine eigenen Resultate, die er anfangs mit Weich- später mit Hartparaffin erzielt hat. Er verwendet die Spritze von Broeckaert. Intranasal giebt hauptsächlich die Ozaena die Indication zur Paraffininjection ab. Verf. hat bisher in 32 Fällen die intranasale Injection ausgeführt und stets mit gutem Resultate. Wenn die untere Muschel nicht geeignet ist, injicirt Verf. nach vorhergehender Ablösung der Schleimhaut vom Septum das Paraffin unter die Septalschleimhaut. Es gelang ihm so 6 bis 7 Tuben von Paraffin unter die Schleimhaut zu bringen. Blos in einem Falle, wo sogar 8 Tuben deponirt

worden sind, hat sich das Paraffin nach 9 Monaten total ausgestossen. In einem Fall hat Verf. eine flottirende untere Muschel mit Paraffin in ihrer Lage fixirt.

LAUTMANN.

30) **Caldera** und **Gaggia** (Turin). **Ein Beitrag zur Serodiagnose der Stinknase.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 26. H. 1. 1912.*

Verff. benutzten als Antigen einen Extract ozaenatöser Krusten, in der Erwartung, dass das Complement nur in Gegenwart eines von Ozaenakranken stammenden Serums infolge seines Gehaltes an specifischen Antikörpern gegen diese Infection fixirt werden würde.

In keinem der Fälle (10) kam eine Complementfixirung zu Stande, woraus der Schluss gezogen wird, dass die Ozaena höchstwahrscheinlich durch keinen specifischen Erreger erzeugt wird.

W. SOBERNHEIM.

31) **Harmon Smith. Rhinosklerom. (Rhino-sclerema.)** *The Laryngoscope. Juni 1911.*

Fall I. 20jähriger Mann, in Russisch-Polen gebürtig, seit 4 Jahren in den Vereinigten Staaten lebend. Der ganze rechte Nasenflügel in eine blutende Fläche umgewandelt, die von kleinen erbsengrossen Knötchen umgeben ist. Häufige Blutungen. Grosse Perforation im knorpligen Septum. Wassermann negativ. Im Blut fand sich der Sklerombacillus. Zwanzig Röntgenstrahlensitzungen führten äusserlich eine deutliche Besserung herbei.

Fall II. 18jähriger Mann, geboren in Russland.

Mikroskopische Untersuchung der Gewebe und des Blutes ergab Sklerom. Pat. wird mit Vaccineinjectionen und Röntgenstrahlen behandelt. Die Schmerzen haben nachgelassen und es scheint geringe Besserung erfolgt zu sein.

In bakteriologischer Beziehung ergaben sich gewisse Besonderheiten: Es wurde verschiedentlich ein Bacillus isolirt, der sich von den in anderen Fällen isolirten etwas unterschied, insofern als er in gewissen Medien ein Gas bildete und schwächere Complementablenkung machte, als die anderen.

EMIL MAYER.

32) **Br. Sabat. Ein Fall von Rhinosklerom behandelt mit Röntgenstrahlen mit günstigem Erfolge. (Przypadek twardzieli wyleczony promieniami Röntgena i kilka uwag do uzasadnienia mojej metody naswietlania.)** *Tyg. lek. No. 22. 1912.*

Bei einer 45jährigen Frau mit weit vorgeschrittenen Processen (grosse Tumoren in der Nase mit beginnendem Zerfall), welche sich auf die obere Lippe verbreiteten, vernarbten und heilten alle oben erwähnten Krankheitserscheinungen beinahe gänzlich nach 13 Sitzungen im Verlaufe von 16 Monaten. Verf. beschreibt nun genau seine Beleuchtungsmethode.

v. SOKOLOWSKI.

33) **Hölscher** (Berlin). **Heilung eines Falles von Rhinosklerom durch Salvarsan.** *Fränkel's Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911.*

Die Dosis betrug 0,4 g und wurde intravenös applicirt. Die Heilung war eine völlige ohne Narbenstenose.

W. SOBERNHEIM.

34) **Reimers** (Osnabrück). **Athemübungen als therapeutisches Hülfsmittel bei Erkrankungen der Nase und Nachbarorgane.** *Med. Klinik. No. 5. 1912.*

In vielen Fällen wird lediglich durch regelmässige Athemübungen eine grössere Wegsamkeit der Nase erzielt, sodass weitere Maassnahmen unnöthig sind. Bestehen aber Athmungshindernisse, welche nicht durch Abschwellung zu beheben sind, dann müssen zunächst diese beseitigt werden. SEIFERT.

35) **Schill** (Dresden). **Verhütung des Schnarchens.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 36. 1911.*

Festgestopfte Rosshaarnackenrolle von 38 cm Umfang soll das Herabsinken des Unterkiefers und damit das Schnarchen verhindern. ZARNIKO.

36) **F. Siebenmann** (Basel). **Beitrag zur Lehre von der Entstehung und Heilung combinirter Nebenhöhleneiterungen der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 656. 1912.*

Das Ueberspringen eines dentalen, anfänglich durchaus isolirten Kieferhöhlenempyems in die angrenzenden anderen Nebenhöhlen der nämlichen Seite wird ermöglicht durch den in diesen anfänglich gesunden Nebenhöhlen allmählich entstehenden negativen Luftdruck. Der an den Ostien liegende Eiter wird in den luftverdünnten Raum theils aspirirt, theils beim Schneuzen hereingepresst.

Bezüglich der Heilung combinirter Nebenhöhleneiterungen weist Verf. auf die praktisch wichtige und zu wenig bekannte Thatsache hin, dass chronische Eiterungen, die Monate und Jahre lang in verschiedenen Nebenhöhlen der nämlichen Nasenseite bestanden haben, durch Ausschaltung eines Theiles, und zwar des Haupttheiles der Eiterquelle, auch ohne weitere Behandlung ausheilen können. So genügte in den 4 Fällen, deren Krankengeschichten Verf. kurz wiedergiebt, die Caldwell-Luc'sche Operation, um die Pansinuitis zur Ausheilung zu bringen. Bei der Pansinuitis sollte deshalb nicht ohne Weiteres sofort die Stirnhöhlenoperation vorgenommen werden, die kosmetische Schädigung bringt und eine Mortalitätsziffer von 2—3 pCt. aufweist. Auch dann, wenn nach Ausheilen der Kieferhöhle die angrenzenden Nebenhöhlen nicht ausheilen, sind doch für die spätere Stirnhöhlenoperation die Vorbedingungen zu einer ungestörten Wundheilung gebessert. OPPIKOFER.

37) **Lee M. Hurd. Die verschiedenen Behandlungsmethoden der Nasennebenhöhlen. (Nasal accessory sinuses; different methods of treatment.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Dec. 1911.*

Nach dem Verf. können 90—95 pCt. aller Nebenhöhlenerkrankungen auf intranasalem Wege gebessert oder geheilt werden. Wenn man zu radicalen Maassnahmen schreiten muss, so scheint die Killian'sche Operationsmethode allen anderen vorzuziehen zu sein; dem in letzter Zeit gemachten Vorschlag, die vordere Wand stehen zu lassen, kann Verf. nicht zustimmen. Das vollkommene kosmetische Resultat hängt von der Beachtung gewisser Details ab: Markirung der Incisionslinie vor Ausführung des Hautschnitts; möglichst wenig Verletzung des M. orbicularis; Vermeidung einer Schädigung des Periosts über der Knochen-

spange. Ferner muss man sich hüten, die Wundränder beim Abheben des Periosts zu zerfetzen, und schliesslich soll man die Nähte, ob es Seidennähte oder Klemmen sind, innerhalb 24 Stunden fortnehmen. EMIL MAYER.

38) **Hölscher** (Berlin). **Die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.** *Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 24. 1912.*

Bei acuten Formen wird das Brüning'sche Kopflichtbad, die Einathmung warmer Dämpfe, Anwendung von Cocain und die Zerstäubung kalter Menthollösungen empfohlen. Bei ungenügendem Eiterabfluss Punctionen und Spülungen der Nebenhöhlen. Chronische Eiterungen erfordern Absaugungen und Spülungen; wo man damit nicht zum Ziele kommt, Eröffnung der Nebenhöhlen. SEIFERT.

39) **Schmuckert. Ein einfaches Verfahren der Wismutapplication zur Röntgenographie offener Knochenhöhlen.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 263. 1912.*

Wenn man eine Knochenhöhle, die nach aussen hin durch eine Fistel communicirt, auf dem Röntgenbilde deutlich sichtbar machen will, so empfiehlt es sich, durch die Fistelöffnung die von Beck empfohlene Wismutpaste einzuspritzen. Ohne Wismut in grösserer Menge einzuspritzen, hat nun Verf. die Grenzen einer bereits eröffneten Zahncyste dadurch deutlich zur Anschauung gebracht, dass er einen langen mit Wismutvaseline (Bismuth. carbonic., Vaselin. alb. aa.) bestrichenen Gazestreifen in die Höhle einführte. 2 Röntgenbilder. OPPIKOFER.

40) **Lewy. Complicationen nach Rachenmandeloperation.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 247. 1912.*

Verf. glaubt, dass Complicationen im Anschluss an die Rachenmandeloperation doch häufiger sind, als nach der heute vorliegenden Literatur angenommen wird und kommt deshalb noch einmal auf alle die bekannten Complicationen zu sprechen. Er erwähnt der Nachblutungen, der Quetschungen des Gaumensegels mit nachfolgendem vorübergehenden Näseln, der Fiebersteigerungen, der schmerzhaften Steifigkeit des Halses, der Mittelohrentzündungen, der Anginen und endlich der Fälle von Sepsis und postoperativer Meningitis. Verf. sah einen 10 Jahre alten kräftigen Knaben elf Tage nach Entfernen der Rachenmandel an letal endigender Meningitis erkranken. Im Ferneren erinnert Verf. an die seltenen Fälle, bei denen im Anschluss an die Gottstein'sche Operation Scharlach, Gelenkrheumatismus, Erysipel, Diphtherie, Varicellen auftreten. OPPIKOFER.

41) **Thomas Guthrie. Die Recidive der Adenoiden. (The recurrence of adenoids.)** *Lancet. April 1912.*

Unvollständige Entfernung ist die häufigste Ursache der „Recidive“ und solche „Recidive“ sind am häufigsten bei kleinen Kindern unter vier Jahren; auch werden sie begünstigt durch die specifischen fieberhaften Erkrankungen. Wenn auch die Operation Erfolg gehabt hat, so kommt doch bisweilen ein Recidiv vor. Verf. bildet die Photographie einer grossen Masse adenoider Vegetationen ab, die er bei einem 5 Jahre alten Kinde entfernt hat, bei dem er 2 Jahre vorher eine sehr gründliche Operation vorgenommen hatte. JOHN WRIGHT.

c) Mundrachenhöhle.

42) **L. Leto. Primäre Gangrän des Pharynx. (Gangrena primaria del faringe.)** *Arch. ital. di otologia. IV. 1912.*

Ein bei einem 4jährigen Kinde sehr schwer verlaufender, aber in Heilung ausgehender Fall. Die Therapie bestand in localer Anwendung von Antisepticis, indem mit Kalipermangatlösung reichliche Spülungen des Pharynx, sowie directe Application von 1 proc. Tachyol auf die nekrotischen Zonen gemacht wurden. Bei der Züchtung entwickelten sich Colonien von Streptokokken, die bei der Impfung sich nicht als virulent erwiesen.

CALAMIDA.

43) **A. Poppi. Primäre Gangrän des Rachens. (Gangrena primitiva della faringe.)** *Arch. ital. di otologia. Fasc. 2. 1912.*

Bericht über zwei Fälle. Der erste betraf eine 48jährige Frau. Das Geschwür breitete sich von den Tonsillen auf die hintere Pharynxwand aus. Bakteriologischer Befund Staphylokokken und Streptokokken. Trotz aller localen Maassnahmen und Injection von Antistreptokokkenserum zunehmende Schwäche; am 20. Krankheitstage bei einem Hustenstoss grosse Hämorrhagie aus dem Rachen und sofort Exitus. Man fand eine Gefässläsion entsprechend der linken Fossa tonsillaris; wahrscheinlich war die Blutung in Folge Erosion der Carotis interna erfolgt.

Der zweite Fall betraf einen 24jährigen Mann. Die Affection begann mit Schwellung und Röthung der Tonsillen. Am vierten Tage heftige Blutung aus den Tonsillen. Es hatte sich ein tiefes Ulcus auf denselben gebildet mit schwärzlichem Grunde; Drüsenschwellung. Athem fötid. Cornea icterisch; im Urin Eiweiss und Gallenfarbstoff. Fieber bis 39°. Erneuerung der Hämorrhagie. Collaps. Exitus.

CALAMIDA.

44) **Harold Hays. Pneumokokkeninfectionen des Halses. (Pneumococcus infections of the throat.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Dec. 1911.*

Bericht über fünf Fälle. In einem war eine oberflächliche Ulceration vorhanden, die sehr an Angina Vincenti erinnerte. In drei Fällen wurden Ausstriche und Culturen gemacht und Pneumokokken fast in Reincultur erhalten. In den übrigen beiden Fällen waren ähnliche Erscheinungen vorhanden, jedoch wurden von diesen keine Culturen angelegt. Verf. ist nach dem Verlauf der Erkrankung überzeugt, dass auch hier Pneumokokkeninfection vorlag. In allen Fällen trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

45) **L. K. Hirschberg. Maligne Pneumokokkenangina. (Malignant pneumococcus tonsillitis.)** *Journ. amer. med. assoc. 20. April 1912.*

Verf. constatirt, dass in der zweiten Januarwoche 1912 in Baltimore ein ungewöhnlicher Typus von Angina mit Adenitis, Peritonitis und septikämischen Complicationen epidemisch war. Am auffallendsten war der plötzliche Beginn der Infection, stets mit Beginn im Halse; allgemeine Adenitis; grosse Virulenz; in den tödtlich verlaufenden Fällen der schnelle Tod innerhalb 48 Stunden. Es

konnte weder im Wasser, noch in der Milch, noch sonstigen Nahrungsmitteln die Ursache für die Epidemie gefunden werden. Verf. sieht in den Pneumokokken, die constant gefunden wurden, die wahrscheinliche Ursache der Epidemie.

EMIL MAYER.

46) **Vaquier** (Tunis). **Fall von tertiärer Syphilis des Rachens. (A propos d'une syphilis tertiaire du pharynx.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Mitten während einer Jodkaliumkur entwickelt sich bei einem Patienten im 13. Jahre seiner Syphilis ein Gumma am hinteren Gaumenpfeiler. Das ist nichts Seltenes. Interessant ist nur die kleine Statistik, die der Autor nach Angaben des Patienten über dessen Behandlung aufgestellt hat. Der Patient hat seit 1897 bis April 1911 im Ganzen 505 Pillen von Protoiodureti mercuri, 1400 g Jodkalium, 191 Quecksilbereinreibungen, 660 g eines Sirup aus Jodkalium und Mercurium bijoduretum und 111 Quecksilbereinspritzungen zur Behandlung seiner Lues über sich ergehen lassen und dennoch eine späte tertiäre Form der Lues erlebt.

LAUTMANN.

47) **K. H. Digby. Die Function der Tonsillen und der Appendix. (The functions of the tonsils and the appendix.)** *Lancet. 20. Januar 1912.*

Die Tonsillen, die Peyer'schen Plaques, die Solitärfollikel und die Appendix und andere subepitheliale Lymphdrüsen wirken wahrscheinlich als locale Inoculationscentra, indem sie die Bakterien in Folge positiver Chemotaxis durch das Epithel hindurch anziehen und, so zur Bildung von Schutzkörpern, wie Antitoxinen und Bakteriolysinen, anreizen.

Verf. führt zu Gunsten dieser Theorie ins Feld: die Lage des Drüsengewebes, die Vergrösserung ihrer Oberfläche durch Faltenbildung und Krypten, die Thatsache, dass diese subepithelialen Gebilde so häufig den Angriffspunkt der Infectionen abgeben, den Umstand, dass man oft den Nachweis von Mikroorganismen führen kann, die im Begriff sind, durch das Epithel hindurch in das darunter liegende lymphatische Gewebe einzuwandern.

Verf. führt noch eine Anzahl anderer klinischer, pathologischer und biologischer Facta zu Gunsten seiner Auffassung an, dass wir in den subepithelialen Lymphgewebsanhäufungen Schutzorganismen zu sehen haben. Er räth auf Grund dieser Auffassung zur Vorsicht bei der Indicationsstellung für radicale Entfernung derselben.

JOHN WRIGHT.

48) **L. Leto. Noch einmal über den Befund von Zellen mit fuchsinophilen Granula in den menschlichen Gaumentonsillen. (Ancora sul raporto di cellule a granuli fucsinofili nelle tonsille palatine umano.)** *Arch. ital. di laring. Juli 1912.*

Diese Zellen sind identisch mit den von Schridde in der Thymusdrüse gefundenen. Ihre Herkunft ist in Dunkel gehüllt; wahrscheinlich jedoch entstehen sie aus dem perivasculären Gewebe. Ihre Bedeutung ist nicht sicher; jedoch ist Verf. geneigt, ihnen eine secretorische Function zuzuschreiben.

CALAMIDA.

49) **Capart** (fils). **Lymphom der linken Mandel und Leukämie. (Lymphome de l'amygdale gauche et leucémie.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 20. 1911.*

Discussion bezüglich der einzuschlagenden Behandlung. M. PARMENTIER.

50) **Goris. Cavernöses Lymphangiom der Mandel. (Lymphangiome caverneux de l'amygdale.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 6. 1912.*

Krankenvorstellung vor der belg. chir. Gesellschaft am 29. October 1910.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt die Structur: im Centrum des Tumors existiert ein kleiner Stein, der nach dem Autor wohl den Ausgangspunkt der Geschwulst bilden konnte. M. PARMENTIER.

51) **J. H. Prouty. Secundäre Orchitis nach Angina. (Orchitis secondary to tonsillitis.)** *Journ. americ. med. assoc. 20. April 1912.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem eine Orchitis höchst wahrscheinlich in Folge metastatischer Infection von primären Herden in den Tonsillen entstand. Die Orchitis wurde mit Hexamethylenamin behandelt und verlief innerhalb 48 Stunden günstig. EMIL MAYER.

52) **J. D. Rolleston. Zerstörung der Uvula bei Angina Vincenti. (Destruction of the uvula in Vincent's angina.)** *Brit. journ. of children diseases. Juli 1912.*

5 Jahre 10 Monate altes Kind mit der Diagnose Diphtherie seit 7 Tagen bestehend ins Krankenhaus aufgenommen. Belag auf der linken Tonsille; 8000 I. E. Antitoxin werden verabfolgt. Am folgenden Tage Ulceration der linken Tonsille und der linken Seite der Uvula; in der Cultur zahlreiche Kokken und ein paar Organismen, die Diphtheriebacillen in Cultur ähnelten. Am folgenden Tage Nachweis der Vincent'schen Mikroorganismen im Ausstrich. Trotz aller angewandten localen Maassnahmen machte die Ulceration Fortschritte; es trat Foetor, Dysphagie, Prostration und Insomnie auf. Dabei Fieber. Am 14. Tage war die Uvula gänzlich zerstört. Allmählich reinigte sich die Geschwürsfläche und es trat Heilung unter Vernarbung ein. Vincent'sche Mikroorganismen waren noch einige Zeit im Ausstrich nachweisbar. Wassermann war positiv, wurde aber bald ohne anti-syphilitische Behandlung negativ. Verf. nennt seinen Fall „Angina Vincenti" wegen des Nachweises von Spirillen und fusiformen Bacillen, er giebt aber zu, dass man ihn ebensogut als primäre Pharynxgangrän bezeichnen könnte, wie er denn überhaupt die nahe Verwandtschaft beider Affectionen betont.

FINDER.

53) **Thiemann** (Jena). **Ueber den Tonsillarabscess und seine Eröffnung.** *Corresp.-Blatt d. allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. No. 5. 1912.*

Incision auf der Höhe der Vorwölbung durch das vordere Blatt des weichen Gaumens, nachfolgende Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd. Prophylaktisch: Totale Entfernung der Tonsillen. SEIFERT.

54) **Garcia Vicenta** (Madrid). **Schwere Peritonsillitis im Verlauf einer Intestinal-infection. (Periamigdalitis grave en el curso da una infecion intestinal.)** *Clinica y laboratorio. Juli 1910.*

Mittheilung eines Falles. TAPIA.

55) **P. Renevey. Die Behandlung der peritonsillären Abscesse. (Traitement des abcès péri-amygdaliens.)** *Dissert. Paris 1910.*

Verfahren nach Killian oder Incision mit dem Messer, später partielle oder totale Entfernung der Mandeln.

OPPIKOFER.

d) Diphtherie und Croup.

56) **Lorey** (Hamburg). **Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Processen.** *Med. Klinik. No. 26. 1912.*

Ausser intramusculären Antitoxininjectionen wandte Lorey Diphtherieheilserum lokal an, bei Rachendiphtherie Erwachsener mit entsprechend verdünnten Lösungen gurgeln, Kindern mit Spray die betreffenden Lösungen einblasen, letztere Applicationsweise auch bei Kehlkopf- und tiefsitzender Trachealdiphtherie. Bei Nasendiphtherie werden mit der Lösung getränkte Tampons in die Nase eingeführt, bei Augendiphtherie wird die Lösung in den Conjunctivalsack gebracht. Die Erfolge dieser Behandlungsmethode sind überraschend.

SEIFERT.

57) **U. Calcaterra. Serumtherapie und postdiphtherische Lähmungen mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie durch Einspritzungen in den Rückenmarkskanal.** *Riv. di clin. ped. No. 4. 1912.*

An seinem Material von 880 injicirten Fällen constatirte Verf., dass die Lähmungen um so häufiger wurden, je später injicirt wurde; in demselben Maasse nimmt auch die Zahl der Todesfälle zu. Sicher vorbeugend wirkte die Serumtherapie nur, wenn am ersten Krankheitstage injicirt wird.

Mittels Seruminjectionen in den Rückenmarkscanal wurden 20 Injectionen behandelt: 13 mittelschwere und 7 sehr schwere. Die Resultate sprechen nicht für eine besondere Wirksamkeit dieser Anwendungsweise.

Gegen postdiphtherische Lähmungen wurde Serum in 10 Fällen injicirt, stets ohne jeden Erfolg.

FINDER.

58) **E. Dransfeld** (Hannover). **Ueber postdiphtheritische Lähmungen.** *Unter Anlehnung an die einschlägige Literatur. Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1912.*

Nach kurzer Besprechung der postdiphtheritischen localisirten und diffusen Lähmungserscheinungen, sowie der bisherigen Behandlungsmethoden weist Autor auf die Mittheilungen von Comby und Kohts hin, die ohne Nachtheile und mit ausgezeichnetem Erfolg wiederholte Einspritzungen hochwertigen Serums vornehmen. Verf. berichtet über 4 Fälle schwerer Lähmungen, die gleichfalls allen bisherigen Mitteln trotzend auf wiederholte hochwerthige Serumeinspritzungen rasch sich zurückbildeten und bald ganz verschwanden. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: „1. Die beste Behandlung postdiphtheritischer Lähmungen besteht in Einspritzung von Heilserum, je schwerer die Lähmung, um so höher sei die Anzahl der I.-E., eine schädliche Wirkung ist nicht zu erwarten, und 2. diphtheritische Lähmungen lassen sich mit Wahrscheinlichkeit vermeiden, wenn frühzeitig genügend I.-E. zur Einwirkung kommen.

HECHT.



e) Kehlkopf und Luftröhre.

59) **J. Némai** (Budapest). **Mittheilung aus der vergleichenden Anatomie des Kehlkopfs.** *Ungarische Academie der Wissenschaften. Orvosi Helilap. No. 17. 1912.*

Verf. macht uns mit einem neuen Bande bekannt, welches bei Thieren vorkommt: am wenigsten ist es bei Pferden entwickelt, am stärksten bei Hirschen und Rehen. Das Band geht vom unteren Rande des Giessbeckenknorpels, auf der hinteren Seite überbrückt es die Excavation dieses Knorpels und heftet sich oben auf dem plattenförmigen Fortsatze des Knorpels, welcher bei dem Menschen dem Santorini'schen Knorpel entspricht, an. Die Aufgabe dieses Bandes ist, die Aspiration der weicheren und deshalb mehr beweglichen Santorini'schen Platte zu verhindern.

POLYAK.

60) **Burger** (Amsterdam). **Perilaryngeale Lufttaschen. (Poches d'air périlaryngées.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 7. 1911. Mittheilung auf dem XIV. flämischen Congress f. Naturwissensch. u. Med. Antwerpen. Sept. 1910.*

Dieselben waren hervorgerufen durch Hustenanfälle; es existieren solche bei gewissen Affen, also eine atavistische Erscheinung.

M. PARMENTIER.

61) **F. Victor Laurent. Sängerknötchen — Chorditis nodosa — durch Stimmbehandlung entfernt. (Singers nodule — chorditis nodosa — removed by vocal treatment.)** *Journ. americ. med. assoc. 30. Sept. 1911.*

In dem mitgetheilten Fall bestand fast völlige Aphonie. Bei Untersuchung des Larynx fand Verf., dass beim Singen der vier Töne c', a, h, g das Knötchen nicht mit der anderen Seite in Berührung kam. Er lehrte die Patientin, in diesen vier Tönen zu sprechen und liess sie Athemübungen machen. Er untersagte ihr, sich zu unterhalten, bis sie gelernt hätte, auf jenen vier Grundtönen zu sprechen und liess sie bis dahin täglich 6 Mal die Athemübungen vornehmen. In vier Wochen war die Stimme völlig klar, wenn auch tiefer als vorher. Auch das vorher vorhandene Gefühl der Ermüdung im Halse war ebenfalls verschwunden. Ausserdem wandte Verf. äussere Massage des Larynx an; am Ende des dritten Monats war das Knötchen völlig verschwunden.

EMIL MAYER.

62) **Otto Glogau. Entfernung von Larynxpolypen unter Führung des Pharyngoskops. (Removal of laryngeal polypes under guidance of the pharyngoscope.)** *The Laryngoscope. October 1911.*

An jedem Stimmband sass nahe der vorderen Commissur ein ungefähr erbsengrosser Polyp. Beim Phoniren berührten sich die beiden Tumoren und verhinderten den Schluss der Rima glottidis. Pat. war äusserst nervös, so dass trotz gründlicher Cocainisation die blosse Berührung des Kehlkopfspiegels solche Reflexe auslöste, dass jeder Eingriff unmöglich wurde. Verf. bediente sich des Pharyngoskops, unter dessen Leitung die Abtragung der Polypen mit der schneidenden Zange leicht gelang. Verf. rühmt diese Methode, da sie die Vortheile des directen Verfahrens mit grosser Bequemlichkeit für den Patienten verbindet; sie dürfte nach seiner Ansicht für gewisse Fälle von grossem Werth sein.

EMIL MAYER.

63) **L. Ledoux. Grosser von der Epiglottis ausgehender Kehlkopfpolyp. (Gros polype du larynx à point de départ épiglottitique.)** *Annal. de la policlinique centrale. No. 12. p. 345. 1911.*

Laryngoskopisch: ein zweilappiger, haselnussgrosser, gestielt auf der Epiglottis in der Nachbarschaft des Tuberculums aufsitzender Polyp, der in zwei Sitzungen mit der kalten Schlinge entfernt wurde.

Mikroskopisch handelte es sich um ein Fibromyxom. Kein Recidiv nach 7 Monaten.

M. PARMENTIER.

64) **Z. Donogány** (Budapest). **Leiomyoma laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 540. 1912.*

Bei 11 Jahre altem Knaben Heiserkeit und Athembeschwerden, haselnussgrosser, glatter, derber Tumor, von gleicher Farbe wie die Umgebung, den Larynxeingang ausfüllend. Tracheotomie und dann endolaryngeale Entfernung mit Schlinge. Der Tumor ging vom linken Taschenband aus. Mikroskopische Untersuchung (Prof. Krompecher): Leiomyom.

OPPIKOFER.

65) **Luigi Leto. Calciummagnesia bei der Behandlung der Kehlkopfpapillome. (La magnesia calcinata nella cura dei papillomi laringei.)** *La pratica oto-rino-laringoiatrica. 31. Juli 1912.*

Bei einer 19jähr. Patientin mit Larynxpapillomen, die nach endolaryngealer Entfernung recidivirten, wandte Verf. mit Erfolg Calciummagnesia nach dem Vorschlag von Claoué an. Er gab es innerlich in Dosen von 4—6 g pro die und als nach 40 Tagen kein Resultat sichtbar war, steigerte er die Tagesdosis auf 8 g. Im dritten Monat begannen die Papillome sich zurückzubilden und verschwanden.

FINDER.

66) **V. Massei** (Neapel). **Klinischer Beitrag zum Studium der Kehlkopfpapillome.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 599. 1912.*

Verf. berichtet über das eigenthümliche Zusammentreffen von Kehlkopfpapillomen bei Vater (38 Jahre alter Bauer) und Sohn (12 Jahre alter Knabe).

OPPIKOFER.

67) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Beitrag zu der translaryngealen Drainrohr-Fixationsmethode bei der Behandlung chronischer Larynxstenosen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 645. 1912.*

Verf. hat die von ihm angegebene translaryngeale Drainrohr-Fixationsmethode bei der Behandlung chronischer Larynxstenosen 1911 im Arch. f. Laryng., Bd. 25, H. 3 (Ref. im Centralbl. f. Laryng., Bd. 28, S. 377) an Hand von 6 Fällen beschrieben. In der vorliegenden Arbeit theilt nun Verf. 2 weitere Krankengeschichten mit. Bei der ersten Kranken, einem 5 Jahre alten Mädchen, bei dem ein narbiges Diaphragma nach Tracheotomie bestand, wurde die Drainröhre während 44 Tage im Kehlkopf liegen gelassen, ohne dass sie Belästigung hervorrief und dann nach diesem Zeitraum durch den Mund entfernt. Die Luftröhrenstenose war dauernd geheilt. Bei der zweiten Kranken, einer 55 Jahre alten Frau, bei der früher die

Thyreotomie wegen Carcinom des rechten Stimmbandes vorgenommen worden war und sich nachträglich als ausserordentlich seltene Complication eine Perichondritis des Schildknorpels eingestellt hatte, wurde nach Entfernen des nekrotischen Schildknorpels eine 4 cm lange Drainröhre eingelegt und dieselbe mittelst eines Silberdrahtes durch die Weichtheile des Halses transfixirt. Entfernen der Röhre nach 7 Wochen und ebenfalls Heilung.

Das Drainrohr darf nicht zu hoch und nicht zu niedrig liegen, um einerseits ein Abfliessen der Speisen in die Luftröhre und andererseits einen Verschluss des Drainrohres durch die Granulationsmassen, die unterhalb der Stimmbänder sich bilden können, zu verhindern.

OPPIKOFER.

68) **Joseph A. White. Laryngo-Oesophagealfistel. Laryngostomie. Heilung. (Laryngo-Esophageal fistula. Laryngostomy. Cure.)** *Laryngoscope. Dec. 1911.*

32jähriger Mann, kam August 1908 in Behandlung wegen Heiserkeit und Athemnoth. Narbe von einer früheren Tracheotomie; von der Tracheotomienarbe nach oben und aussen links ein Fistelgang, aus dem faulig riechender Eiter sich entleerte. Laryngoskopischer Befund: Doppelseitige Posticuslähmung. Die Diagnose lautete auf subglottischen Abscess in Folge Caries des hinteren Theils des Ringknorpels. Keine Anzeichen für Tuberculose. Am 5. September heftige Athemnoth, die eine Wiedereröffnung der Trachea nothwendig machte. 25. November Laryngotomie, Curettage des nekrotischen Ringknorpels, es fand sich ein Abscess in der hinteren Larynxwand, der sich vom Ringknorpel nach oben bis unter das linke Stimmband erstreckte, von dem ein Theil mit entfernt wurde. Da es nicht gelang, durch weitere Behandlung der Glottis eine genügende Breite zu geben und von Zeit zu Zeit immer noch Absonderung stattfand, wurde im Juli 1909 der Larynx wieder eröffnet; Entfernung des linken Stimmbandes. Die Larynxstenose blieb bestehen. Keine Anzeichen von Syphilis; Wassermann negativ. Im April 1910 wurde wieder operirt und zwar wollte Verf. die Laryngostomie machen. Dabei entdeckte er einen Fistelgang zwischen Oesophagus und hinterer Larynxwand in Folge eines verticalen Abscesses der letzteren. Spaltung der laryngealen Abscesswand, Tamponade; Einlegung einer Tube. Der Fistelgang schloss sich, das Larynxlumen erweiterte sich beträchtlich. Um sicher zu sein, ob Pat. ohne Tube athmen kann, hat Verf. einen Obturator für die äussere Oeffnung anfertigen lassen, den Patient selbst einsetzen und entfernen kann. Hat er ihn lange genug getragen, so dass an der Fähigkeit, per vias naturales zu athmen, nicht mehr gezweifelt werden kann, so soll die äussere Oeffnung geschlossen werden.

Verf. meint, dass der Abscess primär im Oesophagus in Folge Traumas der Schleimhaut, vielleicht in Folge eines kleinen Fremdkörpers, entstanden sei.

EMIL MAYER.

69) **E. Basch** (Budapest). **Trachealsyphilom mit Perforation in die Speiseröhre.** *Verh. des kön. Vereins der Aerzte in Budapest. No. 7. 1912.*

Pat. ist wegen eines zerfallenden Gummas des Nasenrachens und des Rachens zur Salvarsanbehandlung dem Verf. zugeschickt worden. 24 Stunden nach der intravenösen Injection von 0,40 Salvarsan trat der Tod ein. Die Obduction hat

nachgewiesen, dass der Tod hier nicht die Folge der Injection war, sondern dass eine im Leben nicht erkannte Tracheooesophagealfistel in Folge von Zerfall eines Gumma bestand, welche zu putrider Bronchitis und Gangrän der Lungen führte.

POLYAK.

70) **S. J. Meltzer. Intratrachealinsufflation. (Intratracheal insufflation.)** *Journ. americ. med. assoc. 12. Aug. 1911.*

Das Wesentliche der Methode besteht: 1. in der tiefen Einführung eines biegsamen elastischen Rohres, dessen Lumen schmäler als das der Trachea ist, in die letztere; 2. darin, dass ein nahezu continuirlicher Luftstrom durch dieses Rohr eingetrieben wird, der durch den Spalt zwischen Tube und Trachealwandungen zurückkehrt. Verf. definirt als Princip der Methode, dass 1. die reine Luft direct in die grösseren Bronchien gebracht und die verdorbene Luft aus diesen Bronchien durch die Kraft des rückkehrenden Luftstromes ausgetrieben wird; der von Mundhöhle, Pharynx, Larynx und Trachea gebildete Theil des „todten Raumes" wird eliminirt. Eine gut ausgeführte Intratrachealinsufflation ist voll im Stande, den normalen Athmungsmechanismus zu ersetzen. 2. Der continuirliche rückläufige Luftstrom verhindert das Eindringen indifferenter oder infectiöser Fremdstoffe aus dem Pharynx in die Trachea. Die Nützlickeit der Methode besteht in Folgendem: 1. Sie ist im Stande, eine ausreichende Athmung in Fällen aufrecht zu erhalten, in denen der normale Athmungsmechanismus versagt. 2. Sie überwältigt in wirksamer und bequemer Weise die Schwierigkeiten beim doppelten Pneumothorax. 3. Sie bietet eine sichere Methode zur Narkose, besonders mit Aether.

EMIL MAYER.

71) **Chevalier Jackson. Influenza-Tracheitis. (Influenzal tracheitis.)** *Laryngoscope. Febr. 1912.*

Die klinischen Erscheinungen können verschiedene Typen darstellen; jedoch glaubt Verf., dass es sich in Wirklichkeit nur um verschiedene Stadien derselben Erkrankung handelt. Das erste Stadium hat viel Aehnlichkeit mit der Influenzaentzündung der Nasenschleimhaut: Röthung, Schwellung der Schleimhaut, später Bildung eines erst serösen, dann schleimigen, dann purulenten und schliesslich dicken, zähen und äusserst schwer zu expectorirenden Secrets. Bei kleinen Kindern kann in Folge der Unmöglichkeit, das Secret aus den oberen Luftwegen zu entfernen, der Tod eintreten. Die Bronchien oder selbst die Trachea können durch Schleimhautschwellung oder Oedem verschlossen werden und zwar unabhängig von eventuell bestehender Bronchopneumonie. Verf. hat auch Blutklumpen auf der Schleimhaut beobachtet ohne wirkliche Blutung, so wie es Braden Kyle bei Influenza in der Nase beobachtete. Niemals findet sich ein wirkliches adhärentes membranöses Exsudat. Da die klinischen Symptome bei schwerer Influenza-Laryngotracheitis sich von denen bei Diphtherie nicht unterscheiden, so kann die Differentialdiagnose nur gestellt werden durch directe Inspection und die Constatirung des Fehlens von Membranen. Die Anwendung des Bronchoskops ist dazu nicht unbedingt nöthig, man kann sich den Einblick manchmal auch durch den Spatel oder das Laryngoskop verschaffen.

EMIL MAYER.

72) **Keiner** (Strassburg). **Ueber Tracheotomia transversa bei Kindern.** *Med. Klinik. No. 30. 1912.*

Bei 10 Kindern kam die Tracheotomia transversa mit grossem Vortheil gegenüber der Tracheotomia longitudinalis in Verwendung. SEIFERT.

73) **Schepelmann** (Halle). **Ueber Luftröhrenersatz. (Thierexperimentelle Untersuchungen.)** *Arch. f. klin. Chir. 98. Bd. 1912.*

Bei Thieren nähte Verf. Periostknochenlappen um ein perforirtes Glasrohr, das die Trachea an Weite übertraf, in der Form, dass das Periost nach innen, die Knochenfragmente nach aussen zu liegen kamen. 8—10 Wochen nach der Transplantation wurde die Luftröhre resecirt, das Schaltstück mobilisirt und nach Herausziehen des Glasrohres in den Defect eingenäht. SEIFERT.

74) **Kahler** (Freiburg i. Br.). **Bronchostenose bei Vorhofvergrösserung.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 573. 1912.*

An Hand von 2 Abbildungen weist vorerst Verf. auf die engen Nachbarbeziehungen des linken Bronchus zum linken Vorhof hin. Diese engen Nachbarbeziehungen erklären die Thatsache, dass Erweiterung des linken Vorhofes zu einer Stenose des linken Bronchus führen kann, wie dies übrigens bereits durch Stoerk am Sectionsmaterial nachgewiesen worden ist. Veranlasst durch die Arbeit von Stoerk ging nun Verf. darauf aus, die Befunde von Stoerk auch am Lebenden zu controliren. Bei Patienten, die eine starke Erweiterung des Vorhofes erwarten liessen, also hauptsächlich bei Patienten mit Mitralstenose, führte er die Bronchoskopie aus. Er wählte nur Patienten, die leicht bronchoskopirbar waren und bei denen die Bronchoskopie mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand in geübter Hand erlaubt war. Bei den 13 Herzkranken fand Verf., manchmal neben anormaler Verlaufsrichtung des linken Bronchus, regelmässig eine Lumenverengerung des linken Bronchus, graduell verschieden von leichten Abflachungen bis zu beträchtlichen Verengerungen. Im Ferneren beobachtete Verf., dass die pulsatorischen Bewegungen an der Bifurcation, während sie bei normalen Menschen Variationen zeigen, bei diesen Herzkranken regelmässig den Sporn von links nach rechts verschieben. Der constante Charakter dieses Pulsationsphänomens (Verschiebung des Spornes von links nach rechts) bei diesen Herzkranken ist wohl dadurch zu erklären, dass der vergrösserte Vorhof die Bifurcation hebt und dadurch durch näheren Contact die Pulsationen der linksliegenden Aorta leichter auf die Bifurcation übertragen werden. Auch im linken Bronchus zeigten sich fast regelmässig Pulsationen in der abgeflachten Partie im vorderen unteren Quadranten, jedenfalls hervorgerufen durch die Vorhofspulsation. 13 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

75) **J. Guisez. Zwei neue, schwere Fälle von Lungengangrän mittels intratrachealer und intrabronchialer Injection behandelt und geheilt. (Deux nouveaux cas de gangrène pulmonaire à forme grave, soignis et guéris par la méthode des injections intratrachéales et intrabronchiques.)** *Arch. internat. de laryng. etc. Tome XXXIII. No. 1. 1912.*

Mit einer gewöhnlichen Kehlkopfspritze, die 20 g fasst, wurden gewöhnlich

5—10 pCt. Gomenolöl oder Guïakolöl durch den Kehlkopf in die Trachea eingeflösst. Legt sich Patient während der Injection nach rechts über und neigt man die Canüle der Spritze gegen den linken Lippenwinkel, so fliesst die Lösung von selbst in den rechten Bronchus und umgekehrt. Thierversuche haben Verf. gezeigt, dass sich das ganze Lungenparenchym auf diese Weise übergiessen lässt. Bisher hat Verf. seine Methode in einer Reihe von Fällen von Lungengangrän therapeutisch mit bestem Erfolg benutzt. Von den zwei neu mitgetheilten Fällen lag im zweiten Fall der gangränöse Herd im dritten linken Intercostalraum, Beweis, dass die Lösung auch in den Oberlappen abfliessen kann. Die Methode ist ungefährlich.

LAUTMANN.

76) **A. Ephraim** (Breslau). **Grundlagen und Ergebnisse der localen Behandlung chronisch-entzündlicher Bronchialerkrankungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. 1911.*

Vortrag auf dem III. Internationalen Laryngologencongr. in Berlin, vgl. das Referat über diesen Congress in diesem Centralblatt, 1911, S. 585.

ZARNIKO.

f) Schilddrüse.

77) **v. Navratil** (Budapest). **Ein Fall von intrathoracaler Struma. (Struma profunda occulta Kocheri.)** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 604. 1912.*

Mittheilung eines Falles von Struma profunda und Besprechung der Diagnosenstellung.

OPPIKOFER.

78) **R. Vogel** (Wien). **Ein Fall von recidivirender Strumitis mit Bildung eines Kropfsteins mit Durchbruch in den Sinus pyriformis und Oesophagus.** *Centralblatt f. Chir. No. 27. 1912.*

Bei einem 68jährigen Mann war eine chronische Strumitis im Verlaufe eines Rheumatismus aufgetreten. Wiederholte Entzündungen der Struma führten zu Kalkablagerungen, die schliesslich ein die rechte Halsseite einnehmendes Neoplasma vortäuschten. Durch Druck dieses Steines kam es zur Perforation in den Oesophagus und Sinus pyriformis.

SEIFERT.

79) **A. W. Blain. Die chirurgische Behandlung des Kropfes mit besonderer Berücksichtigung der Drucksymptome. (The surgical aspect of goitre with special reference to pressure symptoms.)** *Internat. journ. of surgery. Febr. 1911.*

Verf. theilt vom therapeutischen Standpunkt die Krankheiten der Schilddrüse folgendermaassen ein:

1. Keine Behandlung erfordern die Schwangerschaftshypertrophie und die Hypertrophie des Jünglingsalters.

2. Auf medicamentöse Behandlung reagieren: Myxödem, Morbus Basedow, Syphilis der Drüse; Strumitis, wenn keine Eiterung eingetreten ist.

3. Wenn auf medicamentöse Behandlung keine Besserung eintritt, sind chirurgisch zu behandeln: Ein grosser Procentsatz von Basedowfällen, diffuse Colloidstrumen, diffuse Adenome, Strumitis mit Eiterbildung.



4. Rein chirurgische Fälle sind: Tumoren, Cysten, maligne Tumoren, Drüsenabscess, Blutung in die Drüse.

EMIL MAYER.

80) **Pulawski** (Warschau). **Jod und Thyreoidin als Ursache der Basedowkrankheit bei Kropfbehandlung.** *Med. Klinik. No. 30. 1912.*

Die 3 beschriebenen Fälle zeigen, dass man bei Kropfbehandlung mit Anwendung von Jod und Thyreoidin sehr vorsichtig sein muss. Man darf diese Mittel nicht ohne ärztliche Controle anwenden. Die durch diese Mittel hervorgerufene Basedowkrankheit ist nicht immer leicht geheilt, auch nachdem die Mittel ausgesetzt sind. Ausserdem ist bekannt, dass Jod und verschiedene Jodpräparate die Basedowkrankheit bei Individuen, welche keine nachweisbaren Veränderungen der Schilddrüse zeigen, hervorrufen können. Dieselben Folgen hat aller Wahrscheinlichkeit nach die Anwendung von Thyreoidin.

SEIFERT.

81) **Lenger. Morbus Basedow; seine chirurgische Behandlung. (Le goitre exophtalmique; son traitement chirurgical.)** *Le Scalpel. 19. Mai 1912.*

Die chirurgische Behandlung hat Platz zu greifen, wenn die medicamentöse oder sonstige Therapie fehlgeschlagen hat. Die Sympathicectomie wirkt besonders auf den Exophthalmus, der schon vom folgenden Tage an verschwindet; sie ist eine sehr ernste Operation, aber die endgültigen Erfolge sind ermuthigend.

M. PARMENTIER.

g) Oesophagus.

82) **Walter Downie. Bemerkungen über die Strictur des Oesophagus auf Grund einer Analyse einer Serie von 100 Fällen. (Remarks based on the analysis of one hundred consecutive cases of stricture of the gullet.)** *Glasgow med. journ. Mai 1912.*

Um gutartige Stricturen handelte es sich in 72 Fällen; sie bestanden in:

a) Drei Fällen von congenitaler Verengerung im Anfangstheil; 37, 24 und 24 Jahre alt.

b) Spastische Strictur, 24 Fälle. Von diesen betrafen 5 Männer im Durchschnittsalter von 50 Jahren und 19 Frauen im Durchschnittsalter von 36 Jahren. Die Verengerung hatte ihren Sitz gewöhnlich nahe der Cardia. In einem dieser Fälle, betreffend einen 60jährigen Mann, trat der Tod ein; bei der Autopsie fand sich keine organische Strictur.

c) Narbige und fibröse Stricturen in 45 Fällen; als narbige bezeichnet Verf. diejenigen, bei denen die Anamnese ein Trauma verzeichnet, als fibröse, wo dies nicht der Fall ist. Bei den narbigen Stenosen war die häufigste Ursache das Schlucken von Ammoniak und zwar in 4 Fällen; in allen diesen bestanden zwei Stricturen, eine im Beginn des Oesophagus und eine am cardialen Ende.

Syphilis war in 9 Fällen die Ursache: Verf. hält diese Aetiologie für häufiger, als man gewöhnlich glaubt.

Um maligne Tumoren handelte es sich in 28 Fällen; 13 Männer im Durchschnittsalter von 59 und 15 Frauen im Durchschnittsalter von 51 Jahren. In 18 pCt. dieser Fälle fand sich eine Recurrenslähmung.

JOHN WRIGHT.

83) L. Leto. **Ein Fall von Oesophagusstenose in Folge von Alkaliverätzung complicirt mit Tuberculose. (Sopra un caso di stenosi esofagea da ingestione d'alcali complicata da tuberculosi.)** *Arch. ital. di laring. Juli 1911.*

Das Interesse des Falles beruht darauf, dass auf dem Boden einer chronischen Entzündung, hervorgerufen durch Alkaliverätzung, sich ein tuberculöser Process bildete.

CALAMIDA.

84) Botey (Barcelona). **Knochen im Oesophagus. Radioskopie und Oesophagoskopie negativ. (Hueso enclavado en el esofago. Radioscopia y esophagoscopia negativa.)** *Archivos de rinologia. Februar 1910.*

Es gelang nicht, den Fremdkörper oesophagoskopisch zu entfernen. Er wurde unter Cocain gelockert und in den Magen gestossen. Heilung.

TAPIA.

85) E. Fletcher Ingals. **Behandlung von Fremdkörpern der Speiseröhre. (Treatment of foreign bodies in the esophagus.)** *The Laryngoscope. Jan. 1912.*

Verf. giebt eine Anzahl von bei der Oesophagoskopie zu beachtenden Regeln. Er legt den Patienten auf den Rücken, die Schultern etwas über das Kopfende des Tisches hinausragend und lässt ihn durch einen Assistenten halten. Die Hauptsache, um dem Instrument die rechte Richtung zu geben, ist, dass der Kopf nach hinten gebeugt wird, um die Halskrümmung auszugleichen und die Axis der Mundhöhle parallel zu der des Oesophagus zu bringen; sobald aber der Speiseröhrenmund passirt ist, muss der Kopf leicht nach vorn gebeugt werden, so dass das Instrument nach unten und hinten in einem Winkel von ungefähr 10° gerichtet ist. Ein Obturator mit glattem conischen Ende soll immer zur Einführung gebraucht werden. Spasmen sollen durch tiefe Anästhesie aufgehoben werden. Während früher der Eingriff als ganz gefahrlos galt, ist man jetzt zu der Erkenntnis gelangt, dass dies durchaus nicht der Fall ist. Eine Hauptgefahr sieht Verf. in zu lange fortgesetzten Eingriffen; eine Stunde sollte die äusserste Grenze sein.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Zinsser** (Köln): **Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes.** Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg. 1912.

In der Einleitung giebt Zinsser eine kurze Uebersicht über den Verlauf der Syphilis an der Hand ihrer Erscheinungen im Munde und schildert die der secundären und der tertiären syphilisähnlichen Erkrankungen des Mundes. Die syphilitischen Manifestationen und die syphilisähnlichen Erkrankungen des Mundes finden sich dargestellt auf 40 Tafeln mit 51 mehrfarbigen und 4 Tafeln mit 18 schwarzen Abbildungen. Die Mehrzahl der farbigen Tafeln giebt in so ausgezeichneter Weise die betreffenden Veränderungen wieder, dass ohne Weiteres die Diagnose gestellt werden kann. An einigen Platten hätte ich einige Ausstellungen zu machen. So scheinen mir auf Tafel XII die hintersten Mahlzähne des Oberkiefers verhältnissmässig weit nach auswärts zu stehen, so dass sie beim Schliessen

des Mundes nicht auf die correspondirenden unteren Mahlzähne zu stehen kommen würden: auf Tafel XVIII vermag ich die gummösen Geschwüre an der Schleimhaut des harten Gaumens nicht als solche zu erkennen, abgesehen davon, dass rechterseits der Uebergang der Alveolenfläche in die des harten Gaumens unnatürlich geradlinig verläuft. Auf Tafel XXI ist der Rand der Rachenulcerationen bei Lues maligna auf der Vorderfläche der Uvula ausgezeichnet dargestellt, während der äussere Rand zu sehr schematisch scharf abschneidet. Diese wenigen Aussetzungen beeinträchtigen keineswegs den grossen Werth dieses vortrefflichen Buches, in dessen zweifellos bald erforderlichen zweiten Auflage leicht Remedur der beanstandeten Abbildungen geschaffen werden kann. Seifert (Würzburg).

---

b) A. Logan Turner. M. D. F. R. S. E. and W. G. Porter. M. B. B. Sc. The Skiagraphy of the accessory nasal sinuses illustrated. pp. 45 and 40 plates. Edinburgh. Wm. Green and Sons. 1912.

Auf eine kurzgefasste aber höchst werthvolle Einführung, in der die Technik der Nebenhöhlenskiagraphie, die Deutung der Bilder von gesunden und kranken Höhlen erörtert und die allgemeinen Ansichten der Verff. über den Werth der Röntgenaufnahmen bei Nebenhöhlenerkrankungen wiedergegeben werden, folgt eine Serie von 40 prächtigen Tafeln, die für jeden, der sich praktisch mit Rhinologie beschäftigt, sich im höchsten Grade instructiv erweisen müssen. Verff. betonen, dass eine Röntgenaufnahme bei den meisten Fällen von Stirnhöhlen- und Siebbeinempyem der Erwachsenen von diagnostischem Werth ist, besonders aber sei dies der Fall bei Kindern, bei welchen es schwierig oder unmöglich sein kann, intranasale diagnostische Maassnahmen zu machen oder die Wirkung der Behandlung zu bestimmen.

Die Auswahl der Platten ist so getroffen, dass fast vollständige Serien von Schädeln und Köpfen sowohl von Erwachsenen wie Kindern vorhanden sind; die Reproduction ist ausgezeichnet gelungen und in den meisten Fällen erleichtert ein erläuterndes Diagramm das Verständniss.

Das vorliegende Buch stellt einen der werthvollsten bisher erschienenen Atlanten über die Röntgendiagnostik der Nebenhöhlen dar und wir können den Verfassern dazu von Herzen Glück wünschen, ebenso wie Drucker und Verleger für die Ausstattung des Werkes das wärmste Lob verdienen.

P. Watson Williams.

---

c) Carlo Labus. Per l'oratore e per il cantante. Principii di fisiologia e fisiologia patologica della voce e di estetica ed igiene vocale. Milano 1912. (H. Hoepli.) 492 S. Preis L. 7,50.

Das umfangreiche Werk ist fast 3 Jahre nach dem Tode des Verfassers erschienen und beginnt mit einer Biographie desselben. Im Weiteren ist der Stoff Physiologie und Pathologie der Sing- und Sprechstimme, sowie Hygiene und

Aesthetik derselben sehr breit mit überwiegender Berücksichtigung der romanischen und englischen Literatur behandelt, während die deutschen Autoren nur theilweise und ihre Arbeiten in ganz ungleicher Weise gewürdigt werden. Im ersten Capitel: Einathmung unterscheidet Verf.: 1. Zwerchfellbauchathmung, 2. Zwerchfell-untere Brustathmung (Flankenathmung), 3. Zwerchfell- und totale Brustathmung, 4. obere Brustathmung (Schlüsselbeinathmung). Er bevorzugt für's Singen den Typus 2. Ausführungen über Ausathmung, Vitalcapacität schliessen sich an. Eingehend werden die physikalischen, physiologischen und psychischen Factoren gewürdigt, welche die Athmung beeinflussen, ferner die Nachtheile einer ausgesprochen oberen costalen Athmung, die bei der Frau auf Kleidungsfehler (Corset) zurückgeführt wird. Die Hauptnachtheile sind Ueberanstrengung, Mitbewegungen der Larynxmuskulatur bis zur Articulationsmuskulatur, unausgeglichene Athembewegungen, venöse Stauung am Hals, steife Haltung usw. Im Capitel über Stimmklang, Rhythmus und Dauer schliesst sich an die Kehlkopfphysiologie eine lange musikalische Abhandlung über Rhythmus, Consonanz und Dissonanz. Intensität und Klangfarbe wird in einem besonderen Abschnitt behandelt. Dort findet sich die Angabe, dass der Larynx beim Forte tiefer stehe als beim Piano und dass bei letzterem nur die Ränder der Stimmlippen schwingen (Falsett?). Im Capitel über Tonhöhe fällt eine Tabelle über die Stimmumfänge auf. L. giebt für den Bass $E—e^1$, für Bariton $G—a^1$, Tenor $H—h^1$, Alt $f—f^2$, Mezzosopran $a—a^2$, Sopran $c^1—c^3$ als Durchschnitt an. Hier steht auch seine eigenartige Registereintheilung. Er unterscheidet derbe Bruststimme und zarte Kopfstimme und theilt beide nochmals in obere und untere Brust- bzw. Kopfstimme. Dieselben sind unterschieden durch die Schwingform- und masse der Stimmlippen. Dazwischen liegt eine Mittelstimme synonym mit „voce mista“ und „falso“ (? Ref.). „Falsett“ war früher = Mittelstimme, heute ist es der Name für einen falschen (z. B. vom Bass gesungenen) Sopran mit wenig Resonanz, eine „unnatürliche Kopfstimme“. L. beschreibt die Glottisform beim Pfeifregister als Registro piccolo, ferner verbreitet er sich über die körperlichen Merkmale von Tenor, Bass, Sopran und Alt, sowie über die Beziehungen zwischen Stimme und sexuellen Abweichungen. Der Klangfarbe und ihren verschiedenen Arten und Ursachen ist ein weiterer Abschnitt gewidmet. In einem grossen 90 Seiten starken Capitel behandelt L. die Stimme als musikalisches und ästhetisches Ausdrucksmittel mit Berücksichtigung klassischer und moderner Musik sowie der Metrik. Ein ebenso grosser Abschnitt über die Schädigungen der Phonation ist mit viel persönlicher Erfahrung und sehr unterhaltend geschrieben. Verf. kommt auf die Schlüsselbeinathmung zurück und betont die Gefahren der Ueberanstrengung durch zu langen Gebrauch von Sprech- und Singstimme, durch falsche und zu häufige Athmung, durch Uebereilen beim Sprechen, durch zu grosse Intensität (Ueberschreien), durch Uebertreiben des Umfangs, besonders nach der Höhe zu. Bei der Behandlung der Phonasthenie warnt er mit Recht vor Polypragmasie (chirurgischer und medicamentöser) und spricht von der Nase als dem „Schlachtopfer der Ignoranz sogenannter Specialisten“. Aber auch die Beseitigung bedeutender Hyperplasien hält er für gefährlich, wenn die Stimme gut ist. Der Schluss des Buches ist der Stimmgymnastik

(Athem-, Stimm-, Articulationsübungen) gewidmet und enthält noch allgemeine hygienische Vorschriften für Sänger und Redner, sowie Bemerkungen über Technik und Wesen der Rhetorik. Das Werk enthält viel Originelles und giebt Anregungen; wenn es auch häufig zu Widerspruch reizt, so wird der Fachmann doch recht viel Belehrung daraus schöpfen können, besonders wegen der eingehenden musikalisch-theoretischen Auseinandersetzungen. Nadoleczny.

---

d) Belgische oto-laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Februar 1912.

I. Krankenvorstellungen.

Collet (Brüssel): Sturz auf das Gesicht mit Einstossen der Nasenbeine. Wiederaufrichtung derselben.

Das knöcherne Nasendach, das aus den eigentlichen Nasenbeinen und dem innern Theil des aufsteigenden Oberkieferastes zusammengefügt ist, sass in der Tiefe der Gewebe eingekeilt; es war unmöglich, dasselbe loszumachen und durch einen von innen vermittelst eines Elevatoriums ausgeübten Druckes nach aussen vorzudrängen. Der Autor schnitt daher vertical an der Nasenbasis die Hautdecken in der Mittellinie ein, legte die Nasenbeine frei, dissecirte dieselben, mobilisirte sie und brachte sie dann in ihre normale anatomische Lage zurück. Ein unter dieselben eingeschobener Silberdraht hielt sie in ihrer Lage fest, Vernähung der Wunden. Das ästhetische Resultat lässt nichts zu wünschen übrig.

II. Administrative Sitzung:

Wahl des Bureau's.

Der aus seinem Amte scheidende langjährige Generalsecretär V. Delsaux wird in Anerkennung seiner mannigfachen Verdienste, welche er sich um die belgische oto-laryngologische Wissenschaft erworben, mit Acclamation zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt.

Bekanntmachung der Berichte für die Tagesordnung der Sitzungen vom Juli d. J. und Februar 1913.

III. Wissenschaftlicher Theil:

A. Bericht von Hennebert u. Merckx über: „Die oto-rhino-laryngologische Inspection der Schüler."

Die Berichterstatter gelangen zu folgendem Ergebniss:

1. Die hygienische Präventivinspection wird in allen Schulen vorgenommen;

2. Dieselbe wird sich mit dem Studium der Pläne, der Salubrität der Locale, den Präventivmaassregeln gegen contagiöse Krankheiten und der facultativen individuellen Untersuchung der Schüler beschäftigen.

3. Die individuelle Untersuchung wird in der Absicht vorgenommen, die Eltern auf die Krankheitszustände aufmerksam zu machen, welche die psychische



und intellectuelle Entwicklung ihrer Kinder beeinträchtigen könnten. Dieses Avis darf weder die Diagnose noch die Behandlung präcisiren. Keine Behandlung darf in der Schule eingeleitet werden.

4. Das Resultat der Untersuchung wird auf ein leicht handliches Sanitätsbillet (fiche) eingetragen mit thunlichster Wahrung des Amtsgeheimnisses.

5. Der ärztliche Schulinspectionsdienst wird allgemeinen und jedesmal, wenn es die Umstände erlauben, Specialärzten anvertraut. Die Intervention von Specialärzten dürfte unter keinen Umständen der der allgemeinen Aerzte untergeordnet werden.

Discussion.

Broeckaert ist der Ansicht, dass die Untersuchung der Kinder obligatorisch gemacht werden müsste; er billigt den Gebrauch conventioneller Zeichen für die Sanitätsbillete (fiches) und wünscht, dass ein Exemplar des Rapports den Gemeindeverwaltungen der grösseren Städte, in welchen der Schulinspectionsdienst organisirt ist, zugestellt werde.

Trétròp (Antwerpen) meint, dass die freie Wahl der Specialisten in erster Linie in Betracht komme.

Fernandès (Brüssel) stimmt für die Anfertigung zweier Billete (Fiches); das eine, die ärztlichen Bemerkungen enthaltend, für den Arzt, das andere für den Lehrer mit Anmerkung gewisser Indicationen.

Lust (Brüssel) spricht den Wunsch aus, dass die Gesellschaft sich von der Vacanz von Stellen benachrichtigen lassen solle.

Capart jr. (Brüssel) wünscht eine Modification der Schlussfolgerungen des Rapports durch folgenden Zusatz: „angesichts der wesentlichen Bedeutung der Ohr- und Nasenaffectionen bei den Schülern, wäre es von Interesse, die Schulinspection nur Aerzten anzuvertrauen, welche oto-laryngologische Kliniken oder Spitaldienste durchgemacht haben“.

Dieser Vorschlag wird einstimmig angenommen und Cheval mit dem Rapport beauftragt.

Merckx antwortet, dass die Untersuchung der Kinder facultativ bleiben müsse mit Wahrung des Amtsgeheimnisses und Vermeidung schmerzhafter Untersuchungen, dann stosse man auf keinen Widerstand bei den Eltern. Das „ärztliche Billet“ (Fiche) dürfe ja nicht mit dem „sanitären“ verwechselt werden, auf welch letzterem wichtige Bemerkungen, z. B. Seh- und Hörschärfe, Nasen-, Hals- und Ohraffectionen zu verzeichnen wären.

Zuletzt werden die Schlussfolgerungen der Berichterstatter mit den von Broeckaert u. Capart beigefügten Verbesserungen einstimmig angenommen.

B. Diverse Mittheilungen:

Delsaux (Brüssel): Gewerbliche Verletzung des Stirnbeins und des Oberkiefers:

Vor ungefähr einem Jahre wurde ein 32jähr. Mann in einer metallurgischen Werkstatt von einem Steinfragment an der Stirn und der linken Gesichtsseite getroffen, welches ihm die äussere Knochenwand des Sin. frontalis, den unteren Orbitalrand und die vordere Wand des Sin. maxillaris sammt Wangenbein und einem Theil des Jochbeinfortsatzes wegriss. Die bedeutende Wunde heilte Dank sofortiger sachgemässer Behandlung perfect, liess aber eine Deformation der linken Gesichtsseite und eine besonders gefährliche Lage des Gehirns in Bezug auf eventuelle Traumen zurück, denn das Gehirn konnte unter der Stirnhaut gefühlt werden und fiel bei nach vorn geneigter Körperstellung unter dieselbe hervor.

Als der Autor den Kranken sah, waren seit dem Unfall ungefähr 6 Monate vergangen und es war der Kranke ihm zugewiesen worden, um zu wissen, welche Prothese dieser so gefährlichen und schwierigen Situation steuern könnte.

D. schlug vor, zuerst den Kranken photographiren und radioskopiren zu lassen, dann einen Gesichtsabdruck zu nehmen und auf diesem Modell ein bleiernes Relief herzustellen, um auf demselben eine Ebonit- oder Metallplatte anzufertigen. Diese sollte unter das Periost der Stirnhaut inserirt werden, und würde so das natürliche Relief des Gehirns wiederherstellen, zu gleicher Zeit dasselbe vor äusseren Insulten sicher stellen.

Um das Relief der unteren Orbitalwand wiederherzustellen, könnte man hartes Paraffin und endlich um die Einsenkung der Wange auszugleichen, weiches Paraffin verwenden. Zum Schluss könnte man, um den Augapfel nach vorn und oben zurückzuverlegen, versuchen, natürliches Fett unter die Orbitalaponeurose zu injiciren.

Dieses therapeutische Verfahren verlangte Erfahrung und D. wandte sich an Broeckaert, um den experimentellen Theil der Fetttransplantation auszuführen. Da diesbezügliche Versuche an Thieren nicht gelangen, so wurde beschlossen, das weiche Paraffin wie für die Wange zu Hilfe zu nehmen. D. hatte übrigens nicht Gelegenheit, sein Programm auszuführen, da der Fabrikherr verlangte, man solle die Heilung des Kranken in Accord nehmen, was das Risico des Operateurs nicht zuliess.

D. hebt hervor, welches grosse Interesse diese Beobachtung darbietet, nicht bloss vom wissenschaftlichen Standpunkte aus, sondern auch als Arbeitsunfall; ferner bezüglich der Art und Weise, wie man die Pflichten und Interessen der Aerzte, die Hülfe bringen sollen, auffasst.

Collet (Brüssel) fragt, welche Schutzmittel man bei einem Kinde, dessen Gehirn nach einer im frühen Kindesalter vorgenommenen Trepanation direct unter der Haut liegt, anwenden könne?

Labarre (Brüssel) führt ein Beispiel an, wo nach einer breiten Schädelresection eine Aluminiumplatte unter die Knochenlücke eingelagert wurde, um die Gehirnhernie zurückzuhalten. Diese Platte wurde aber sehr schlecht von den Geweben ertragen und musste entfernt werden. Nach ihm ist ein äusserlich applicirter Schutzapparat in diesem Falle das beste Protectionsmittel.

C. Standesinteressen.

Buys und Delsaux: Ist es statthaft, einen oto-rhino-laryngologischen Tarif aufzustellen?

Die Autoren ventiliren die Frage in Kürze nach ihren verschiedenen Seiten und geben eine Skizze von den verschiedenen Fällen, welche den Gegenstand für einen Minimaltarif abgeben können. Sie schliessen mit der Hoffnung, dass die Collegen ihre Meinung über die verschiedenen Punkte abgeben und Berichterstatter ernennen möchten, welche im nächsten Jahre die Sache detaillirt darlegen würden.

Delneufville (Spa): Soll der Tarif obligatorisch werden oder nur als Richtschnur dienen? Es sei schwer, für ganz Belgien einen einheitlichen Tarif aufzustellen, er müsse nach den einzelnen Städten variiren. Die bestaufgestellten Tarife seien häufig todte Buchstaben und kämen nicht zur Ausführung.

Broeckaert (Gent): Situation der vom Ministerium der Eisenbahnen angenommenen Otolaryngologen.

Résumé der Mittheilung: Status quo ante! Der Autor macht darauf aufmerksam, dass er sich in seinem Project relativ strenge verhalte der Admission zum activen Dienst gegenüber; dagegen wäre es vielleicht statthaft, in Bezug auf die Beibehaltung im Dienste etwas weniger anspruchsvoll zu sein; das sei ein wichtiger Punkt, auf welchen er die Aufmerksamkeit der Versammlung lenke. Die folgende Discussion bewegt sich auf rein otologischem Gebiete.

D. Socialhygiene.

Beco (Lüttich): Nothwendigkeit der Revision des Milizgesetzes in Bezug auf oto-rhino-laryngologische Affectionen.

In einem flüchtigen Ueberblick hebt der Autor die Zweckmässigkeit der Revision des kgl. Beschlusses vom Jan. 1893 bezüglich der Tauglichkeitsbestimmungen zum Militärdienst und der Fälle zur Dienstenthebung hervor. Diese Revision ist gerechtfertigt durch die wissenschaftlichen Fortschritte seit 1892 und wird sehnlichst gewünscht von einer grossen Zahl der mit der Anwendung obiger Bestimmungen Betrauten. Er schlägt daher dieses Thema zum Gegenstand eines Berichtes für die Versammlung vom Februar 1913 vor.

Der Autor hat sich darauf beschränkt, in Bezug auf die oto-rhino-laryngologischen Affectionen nur einige mangelhafte Paragraphen hervorzuheben, es den Berichterstattern überlassend, eine Reihe anderer noch herauszusuchen. Er äussert den Wunsch:

1. die von ihm aufgeworfene Frage auf die Tagesordnung der Versammlung vom Februar 1913 zu setzen;

2. die verschiedenen medicinischen Gesellschaften des Landes aufzufordern, ihre Aufmerksamkeit diesem Gegenstande zuzuwenden;

3. die diesbezüglichen Arbeiten der Gesellschaft der Regierung, den Provinzialbehörden und den im Abgeordnetenhause sitzenden Collegen zukommen zu lassen.

Broeckaert (Gent): Die Ozaena vom socialen Standpunkt aus.

Der Autor stellt vom socialen Standpunkt aus einige Betrachtungen an über diese Affection, welche viel häufiger ist, als man anzunehmen gewohnt ist und sich in allen Klassen der Gesellschaft findet. In gewissen Ländern, namentlich in Spanien, ist sie so verbreitet, dass man sie als eine wahre sociale Landplage ansehen kann. — B. schliesst sich mit Enthusiasmus der von Prof. Alexander auf dem letzten Berliner Congress gemachten Proposition an, eine internationale Commission einzusetzen, die mit einer umfangreichen Sammelforschung über die Ozaena beauftragt wurde. Er hat gemeinschaftlich mit Delsaux diese schwierige Aufnahme für Belgien übernommen und rechnet auf die Beihülfe seiner Collegen, um eine imposante Statistik fertig zu bringen, welche einen Aufschluss geben könnte über die Häufigkeit, Ausdehnung und Wichtigkeit dieser Affection hier zu Lande und hofft auf ein des guten wissenschaftlichen Namens der Gesellschaft würdiges Resultat.

Bayer.

---

e) Scottish Otological and Laryngological Society.

III. Versammlung im Edinbourgh Royal Infirmary vom 25. November 1911.

Vorsitzender: J. Malcolm Farguharson.

Malcolm Farguharson zeigt einen 63jährigen Mann mit linksseitiger Recurrenslähmung infolge Mediastinaltumors, ferner einen 72jährigen Mann mit Kehlkopf- und Pharynxcarcinom. Die Neubildung betrifft den rechten hinteren Gaumenbogen, die seitliche Pharynxwand und den Rand der Epiglottis.

G. T. Guild demonstrirt eine 43jährige Frau, die an Lupus der hinteren Pharynxwand, der Epiglottis, der Taschenbänder und ary-epiglottischen Falten litt. Wegen Athembeschwerden wurde die Tracheotomie nothwendig. Gleichzeitig wurde die Thyreotomie gemacht und das erkrankte Gewebe entfernt. Eine Woche später Entfernung der Tube. Während der folgenden acht Jahre war keine Behandlung mehr nöthig.

W. G. Porter: 1. Fall von Varix des weichen Gaumens, der linken Tonsille und der Rachenwand, betreffend eine 44jährige Frau. Zuerst wurde der Zustand vor 16 Jahren constatirt. Pat. hatte auch ein kleines Angiom auf der linken Hand und litt ebenso wie andere Mitglieder der Familie an Varicen.

2. Knabe mit chronischer Pneumokokkenulceration der Tonsillen, des Pharynx und der Zunge. Behandlung mit Pneumokokkenvaccine ohne Erfolg; schliesslich verschwand die Ulceration ohne Behandlung.

Logan Turner: 1. 53jähr. Mann, bei dem das rechte Stimmband wegen Epitheliom vor einem Jahr und 18 Monaten entfernt wurde. Kein Recidiv.

2. Fremdkörper (Metallpfeife) durch directe Bronchoskopie aus dem rechten Bronchus eines 7jährigen Knaben entfernt.



Logan Turner und J. S. Fraser: Zwei Fälle zur Diagnose.

1. Ulceration der Hinterfläche des Gaumensegels und des hinteren Randes des Septums. Anamnestisch keine Syphilis; Wassermann negativ.

2. Chronische Infiltration des Pharynx.

Die allgemeine Ansicht der Versammlung sprach in beiden Fällen für Lues.

A. Logan Turner.

---

f) Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft zu Barcelona. [1])

Sitzung vom 3. Januar 1911.

Präsident: Suñé.

Botey: 1. Ein technisches Detail bei Einspritzungen von festem Paraffin bei Ozaena.

B. empfiehlt Injection von sterilisirtem Wasser, um die Schleimhaut abzuheben, bevor das Paraffin eingespritzt wird. Auf diese Weise könne man eine grössere Paraffinmenge injiciren, ohne die Schleimhaut zu zerreissen. B. demonstrirt auch seine Spritze.

Sajo Suñé Molist glauben an die Wirkung der Paraffininjectionen nur in sehr wenigen Fällen.

Forens hält die Injectionen von sterilem Wasser für unnütz, da auch nach diesen die Schleimhaut zerreisst.

2. Demonstration einer Schutzscheibe für rhino-laryngologische Untersuchungen.

Sitzung vom 9. Februar 1911.

A. Martin: Fall von Osteomen der Nasenhöhle.

Da sich sonst kein ätiologisches Moment auffinden lässt, rangirt M. diese Knochenneubildungen unter die Gruppe der Leontiasis ossea oder diffuse Hyperostose.

Sajo berichtet über analoge Fälle.

Presta erwähnt einen Fall von Nasensyphilis, der dem von Martin ähnelte.

Botey erwähnt gleichfalls Fälle von Syphilis, die dem vorgestellten sehr glichen. Er glaubt, dass es sich in diesem Falle um eine Osteoperiostitis des Proc. nasalis des Oberkiefers und der Muscheln handele und zwar in Folge Syphilis hereditaria tarda.

Martin leugnet auf Grund des Fehlens jeden anamnestischen Hinweises die syphilitische Natur der Erkrankung.

Sitzung vom 7. März 1911.

Botey: Ein Fall von malignem Myxom der Nasenhöhle.

Es handelte sich um eine enorm ausgebreitete Tumorbildung in der ganzen rechten Nasenhöhle, der Oberkieferhöhle, dem Siebbein, der Keilbein- und Stirn-

1) Die Gesellschaft wurde am 1. Januar 1911 gegründet.



höhle mit Fortsätzen in die Orbita. Die Nase wurde aufgeklappt und die Nasenhöhle sowie sämmtliche Nebenhöhlen ausgeräumt. Der Tumor, der klinisch solche Malignität gezeigt hatte, erwies sich histologisch als ein reines Myxom.

Sitzung vom 4. April 1911.

Botey: 1. Ein Soustück im Oesophagus.

Entfernt mittelst des von B. modificirten Kirmisson'schen Hakens.

2. Fischgräte im Oesophagus.

Unter Leitung des Oesophagoskops wurde der Fremdkörper gelockert und in den Magen hinabgestossen. Heftige Blutung wegen Hämophilie. Heilung.

Forens: Schneckengehäuse im Oesophagus.

Entfernung mittels einer Kehlkopfzange unter Leitung des Fingers.

Sitzung vom 2. Mai 1911.

Botey: Ein Fall von Totalexstirpation des Kehlkopfs.

Vorstellung eines Patienten, bei dem die Totalexstirpation in zwei Zeiten gemacht wurde. In der ersten Sitzung wurde die circuläre Tracheostomie gemacht, bei der zweiten Operation (21 Tage später) die Exstirpation des Kehlkopfs und der Drüsen in Localanästhesie. B. spricht von den Vortheilen der Localanästhesie in diesen Fällen.

Suñé betrachtet ebenfalls die Anwendung der Localanästhesie als einen Fortschritt in der Technik der Laryngektomie.

Masip: Die Tracheotomie mit Leitungsrohr oder Tubo-Tracheotomie.

Technik: Einführung eines Tubus durch den Larynx bis in die Trachea; dieser Tubus ist in seiner vorderen, der vorderen Trachealwand entsprechenden Partie gefenstert. Die Incision erfolgt auf dem Conductor; eine Verletzung der hinteren Trachealwand ist ausgeschlossen.

Botey bevorzugt, wenn es sich um eilige Fälle handelt, die Laryngotomia inter-crico-thyreoidea; die klassische Tracheotomie zieht er der Tubo-Tracheotomie nach Masip vor.

Sitzung vom 6. Juni 1911.

Serra: Chininum bi-hydrochlor. und Harnstoff in der Oto-Rhino-Laryngologie.

S. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Das Mittel ist ein gutes Localanästheticum. 2. Es ist nicht giftig, seine anästhesirende Wirkung ist langsamer, aber andauernder als die des Cocains. 3. Man wendet 10, 15—20 proc. Lösungen an, die frisch bereitet sein müssen. 4. Die Anwendungsweise ist analog der des Cocains.

Suñé, Medan und Oller schätzen das Mittel nicht und ziehen Cocain, Novocain und Stovain etc. vor.

Oller: Modification eines Nasenspeculums.

Sein Speculum ist eine Modification des Fränkel'schen; es hält sich selbst und gestattet dem Operateur also, beide Hände zu gebrauchen.



Sitzung vom 3. October 1911.

Botey: 1. Anwendung der Intercrico-Thyreotomie.

Beschreibung der Technik. Anwendung: Bei extrem eiliger Tracheotomie: zur Lungeninsufflation bei Synkope; zur Chloroformirung bei Larynxstenosen: zur Pharynxtamponade; bei Suffocation infolge Pharynxcarcinoms; vor und nach der Thyreotomie; Suffocation während der Bronchoskopie; Compression der Trachea durch Kropf.

2. Demonstration von Instrumenten. a) Oesophagoskopische Röhren mit Glasmandrin; b) Rinnenspatel für die Bronchoskopie im Sitzen.

Falgar: 1. Magnesiumcarbonat bei Larynxpapillomen. Mittheilung zweier Fälle, ohne Erfolg behandelt.

Botey hält diese Behandlungsweise ebenfalls für unnütz.

2. Ein Fall von Osteom der Kieferhöhle.

Der nussgrosse Tumor wurde mittelst Operation nach Cadwell-Luc entfernt. Botey macht auf die Seltenheit dieser Fälle aufmerksam. Tapia.

---

g) Laryngological Section Royal College of Medicine.

Sitzung vom 12. Januar 1912.

Vorsitzender: St. Clair Thomson.

Wylie: 1. Fall von linksseitiger Stimmbandlähmung bei einer 21jährigen Frau in Folge Adenom am Halse.

2. 40jährige Frau mit Papillomen an den Stimmbändern, durch welche die Glottis fast verschlossen wird. Pat. befindet sich in W.'s Behandlung seit 6 Jahren; die Geschwülste sind 11mal mittels directer und indirecter Methode mit Zange und Galvanokaustik entfernt worden, aber sie recidivirten stets. Laryngofissur ist in Aussicht genommen.

Horne demonstrirt ein 7jähriges Kind mit atrophischer Rhinitis und Nasenverstopfung. Keine Adenoiden. Die Nase ist abnorm weit, jedoch kann das Kind nicht durch die Nase athmen. Nasenrücken etwas eingesunken. Untere Muscheln atrophisch, mittlere Muscheln etwas hypertrophirt, jedoch nicht so, dass eine Verlegung der Nase resultirte.

Waggett u. Davis: Fall von Hyperostosis cranii oder Leontiasis ossea.

21jähriger Mann bemerkte vor 6 Jahren Schwellung des Gesichts nach einem Schlag auf die Nase. Status praesens: Symmetrische Knochenschwellungen betreffend die Processus nasales des Oberkiefers; die Oberkieferhöhlen sind verdunkelt, die Stirnhöhlen jedoch durchleuchtend. Verlegung des Thränennasengangs beiderseits. Wassermann positiv. Es werden auch Radiogramme gezeigt: Beide Kiefer sind durch feste Knochenmassen eingenommen.



Mc Kenzie: 1. Retropharyngealabscess in Folge Vereiterung der retropharyngealen Lymphdrüsen bei einem 6jährigen Mädchen.

2. Ein ähnlicher Fall bei einem 5jährigen Mädchen nach Scharlach.

Der Abscess erstreckte sich seitlich nach dem Halse bis unter den Musc. sternocleidomastoid.; als er hier eröffnet wurde, gelangte man mit dem Finger leicht in den submucösen Retropharyngealraum.

In beiden Fällen bestand kein Zeichen von Wirbelcaries.

Sitzung vom 2. Februar.

Tilley: Präparat und Schnitte von einem Angiom der Nase, entfernt bei einem 17jährigen Knaben. Der Pat. war in Folge häufigen Nasenblutens geschwächt und anämisch. Die Geschwulst hatte ihren Ausgangspunkt an der Verbindungsstelle zwischen Cartilago triangularis und perpendiculärer Siebbeinplatte.

Parker: 16jähriges Mädchen mit Struma des Zungengrundes. Die Schilddrüse am Halse fehlte fast ganz.

Wylie: Gaumensegellähmung nach einem Influenzaanfall.

30jähriger Mann. Die Lähmung war complet und doppelseitig; die Sensibilität herabgesetzt. Beweglichkeit der Zunge und des Larynx normal. Es handelte sich um eine Influenzaneuritis, ähnlich der nach Diphtherie.

Hill zeigt Skiagramme, die die Wirkung der Radiumsalze bei malignen Oesophagustumoren veranschaulichen und erörtert die Vortheile des Röntgenschirms, um die Anwendung des Radiumapparates an der stenosirten Stelle zu controlliren.

Patterson: Fall von behinderter Nasenathmung.

21jährige Frau, vor 6 Monaten Influenza. Jede feste Nahrung muss gewaltsam mit dem Finger hinabgedrückt werden. Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns. Schleimhaut bei Sondenberührung unempfindlich; Nase frei durchgängig, wenn man jedoch den Mund gewaltsam verschliesst, wird Pat. cyanotisch. Nach Application der Galvanocaustik Besserung, die aber nur einen Monat lang anhielt.

Peters: 27jährige Frau mit einem aus dem Laryngopharynx entspringenden Tumor, der den Kehlkopf zur Seite drängt. Die Schleimhaut über dem rechten Aryknorpel geschwollen und gerötet. Es wurde an ein Gummi gedacht.

H. J. Davis.

---

b) Jahresversammlung der japanischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 2. und 3. April 1911 in Tokyo.

Miyaji: Demonstration eines neuen Stirnbandreflektors.

Nakano: Statistik der Syphilis der Mund- und Rachenhöhle.

Nakano: „606“ gegen Syphilis in der Mund-, Rachen- und Kehlkopfhöhle.

Erfahrung mit gutem Resultate bei 12 Fällen.

T. Nakamura: Versprengte Struma in der Zungengrundgegend.

1. Fall: Eine wallnussgrosse elastisch derbe Tumorbildung in der Gegend des Foramen coecum bei einem 31jähr. Manne. Nur Schluckbeschwerden, sonst nichts. 2. Fall: Bei einem 21jähr. Manne sieht man eine Tumorbildung im Rachen, die ihm von Kindheit an Schnarchen und später Schluckbeschwerden verursachte. Mikroskopisch als Struma erwiesen.

Yoshii: Demonstration von Halsorganen eines an Chlorose gestorbenen Patienten.

Hamaji: Gangränöse Pharyngitis.

Bei einem mit Verdacht auf Hirnsyphilis aufgenommenen Patienten beobachtet man 20 Tage nach Salvarsaninjection eine markstückgrosse Geschwürsbildung am Rachen mit Fieber und Delirien. Allmähliche Besserung durch Pinselung mit Silberlösung. Der Zusammenhang mit Salvarsan ist nicht bewiesen.

Hayashi: Pneumokokkenangina.

Mittheilung von 2 Fällen.

Y. Nakata: Statistische Mittheilung über Nebenhöhlenempyeme.

Bei 121 Leichen untersuchte N. die Nebenhöhlen makroskopisch sowie mikroskopisch und fand 57 mal Empyeme der Oberkieferhöhle unter den 121 untersuchten Leichen und 8 mal diejenigen der anderen Nebenhöhlen unter 57 untersuchten Fällen. Der Höhleninhalt war 40 mal eitrig, 14 mal serös, 6 mal cystisch und 3 mal schleimig bei den erstgenannten 57 Fällen, und 5 mal eitrig, 2 mal serös und 1 mal schleimig unter den letzten 8 Fällen. Das Alter der Empyemkranken lag zwischen dem ersten und zweiten Decennium. Beiderseits war die Oberkieferhöhle am häufigsten afficirt, dann die Siebbeinzellen. Combinirt waren afficirt 4 mal Oberkieferhöhlen und Siebbeinzellen, 1 mal Oberkiefer-, Stirnhöhlen- und Siebbeinzellen, und 1 Mal Stirnhöhle, Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle. Empyemfälle fanden sich 15 mal unter 20 Phthisikern, 6 mal unter 12 Pneumoniekranken, 7 mal unter Carcinomkranken, 5 mal unter 10 Herzkranken, 8 mal unter 8 Peritonitiskranken, 7 mal unter 12 Nephritiskranken, 2 mal unter 7 Leberkranken, 3 mal unter 5 Darmkranken, 4 mal unter 7 Pyämiekranken u. s. w. (Referent: Alle Nasennebenhöhlen müssen ordentlich untersucht werden, um exacte Zahlenverhältnisse anzugeben).

Discussion.

N. Nakamura glaubt nicht an die Häufigkeit der Nebenhöhlenempyeme des Vortragenden und will nicht solche Fälle Empyema nennen, wo man nur leicht infiltrierte Schleimhaut oder kleine Mengen von schleimig-eitriger Secretmasse findet.

Murata: Bei Lepra tuberosa fand ich, dass die Oberkieferhöhle meist afficirt wird und der übelriechende Höhleninhalt häufiger serös-eitrig ist. M. constatirte in der Höhlenschleimhaut lepröse Infiltration und Knötchen.

Wadzuji: Es ist möglich, dass die Empyemerreger der Nebenhöhlen unter Umständen in eine allgemeine Infection übergehen. Die vom Vortragenden als Complicationen angegebenen allgemeinen Krankheiten seien besser als Folge der Nebenhöhlenempyeme zu betrachten.

T. Sato: Ueber Adenoma nasi.

Bei einem 37jährigen Manne, der seit einigen Jahren wegen Nasenpolypen, Sinusitis maxillaris chronica, Muschelhypertrophie u. s. w. operirt wurde, fand S. eine daumenspitzengrosse, mit dem Septum verwachsene Tumorbildung aus der linken mittleren Muschel, die sich nach mikroskopischer Untersuchung als einfaches Adenom erwies.

Discussion.

K. Sato und T. Nakamura theilen ähnliche Fälle mit.

K. Oyama: Ueber die carcinomatösen Veränderungen der Kehlkopfnerven und -muskeln bei Recurrenslähmung durch Oesophaguscarcinom.

Eine 62jährige Frau klagte über Heiserkeit, Schluckbeschwerde und Atembeschwerde. Klinische Diagnose war Mediastinalcarcinom, aber die Obduction ergab, dass es sich um ein Oesophaguscarcinom handelte. Oesophagoskopie wurde nicht vorgenommen. Durch mikroskopische Untersuchungen constatirte O., dass der M. cricoarythenoideus posterior unter den Kehlkopfmuskeln am meisten afficirt ist, die carcinomatöse Veränderung zuerst in der äusseren Nervenscheide vorkommt und N. recurrens im peripherischen Theil hochgradige Veränderung zeigt, während die carcinomatöse Infiltration in der Nervenscheide noch leicht ist.

Discussion.

Matsui bemerkt, dass die richtige Diagnose durch Oesophagoskopie möglich gewesen sein könnte.

Oyama: Bei heruntergekommenen Patienten soll man nicht wagen, die hier gefährliche Oesophagoskopie vorzunehmen. Ich habe sogar zweimal im Dunkeln künstliche Zähne aus dem Oesophagus extrahirt; ein Geübter kann sofort ösophagoskopiren, aber man muss als Regel einfachere Methoden probiren.

(Ref. bedauert, dass die Oesophagoskopie [sowie Tracheobronchoskopie] noch nicht allgemein von Specialisten geübt ist. Ungeübte sollen natürlich nicht leichtsinnig sein.)

Ishizuka: Zur Behandlung der Ozaena genuina.

Insufflation von feinem Schwefelpulver und Ausspülung der Nasenhöhle am nächsten Tage. Wiederholung dieser Prozedur.

A. Kimura: Ueber das Frühstadium der Ozaena genuina.

Es ist nicht nöthig ein hypertrophisches Stadium vorangehen zu lassen, sondern es scheint nach Ansicht des Vortragenden ein katarrhalisches Stadium der Atrophie voranzugehen.



Discussion.

Okonogi. Ich habe Verdacht auf die Existenz einer echten Ozaena. Die sogenannte Trias kann entweder bei Skrophulosen oder bei Syphilitikern vorkommen. Die Diagnose muss auf der Basis der ätiologischen Forschung aufgebaut werden.

N. Nakamura: Nach Conchotomia inferior sieht man oft ozaenaähnliche Erscheinungen.

(Ref. hat schon früher (1907) vor der unvernünftigen Muschelresection gewarnt und den ozaenaähnlichen Folgezustand nach Conchotomia inferior Rhinitis chronica atrophica operativa genannt.)

A. Kimura: Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung.

Bei acuten Fällen Nasenausspülungen und bei sonstigen Radicaloperation mit einer kleineren Hautschnittführung.

Kanasugi: Salvarsanbehandlung.

Mittheilung von 48 Luesfällen, die durch Salvarsaninjection mit gutem Resultat beeinflusst wurden.

Akamatsu: Ueber die Regeneration der Stimmbänder nach Exstirpation.

Experimentelle Untersuchung bei 10 Hunden nach Citelli, dem der Vortr. sich gänzlich anschliesst.

Discussion.

Okada: Ich bin der Meinung mit B. Fränkel, dass die Stimmbänder regeneriren können, da die klinische Erfahrung es beweist.

Murata: Demonstration von Nasenlepra.

Ozeki: Beitrag zur vergleichenden Anatomie des Kehlkopfes.

Durch Untersuchung von 140 Kehlköpfen kam O. zu den folgenden Schlussfolgerungen: Die Höhe des Kehlkopfes im Durchschnitte 4,1 cm bei Männern. 3,5 cm bei Frauen und 2,1 cm bei Kindern, d. h. kleiner als bei Europäern. Die Länge des Stimmbandes beträgt 2,0 cm bei Männern, 1,5 cm bei Frauen und 0,9 cm bei Kindern; d. h. kürzer als bei Europäern. Sonst ist nichts anders als bei Europäern.

Ozeki: Ueber die Zungen-Epiglottisgrube bei Japanern.

Im Allgemeinen ist diese Grube in Bezug auf Form und Grösse beinahe gleich bei Japanern sowie bei Europäern. Bei den ersteren ist sie meist seicht und das Fehlen beträgt 18,8 pCt. unter 170 Fällen, aber ein totales Fehlen sah ich nur einmal. Asymmetrie der Plica glossoepiglottica media: 5 pCt.; das Fehlen dieser Falte: 1,1 pCt.

Mishima: Ueber lepröse Veränderungen des Kehlkopfes.

Auf Grund von Untersuchungen von 3 Fällen betont M. folgendes: Die Veränderung des Knorpels kommt durch Infiltration des Perichondriums. Das Cylinderepithel verwandelt sich durch lepröse Veränderung der Schleimhaut in Plattenepithel.

Discussion.

Kawakami: Heiserkeit kommt sehr häufig bei Lepra tuberosa vor und selten bei Lepra nervosa. In Zensei-Hospital (Lepraanstalt) sah ich Heiserkeit bei 22 pCt. unter 200 Leprösen der Tuberkelform und 1,4 pCt. unter 40 Fällen der Nervenlepra. In der Mundhöhle erscheint der Tuberkel am frühesten entlang der Medianlinie des weichen Gaumens. Laryngoskopisch sieht man gewöhnlich den Epiglottisrand höckerig verdickt.

Murata: Bei Lepra tuberosa ist die Veränderung meist unterhalb der Epithelschicht, aber es ist noch nicht bestimmt, ob die Leprabacillen auch in Drüsenzellen vorhanden sind. Differentialdiagnose gegenüber der tuberculösen Veränderung ist schwierig.

Tadokoro: Ueber die histologischen Veränderungen des Kehlkopfes bei Leukämie.

Bei einem 34jährigen Leukämiekranken fand man klinisch keine besondere Veränderung im Kehlkopfe, aber bei der Obduction leichte ödematöse Anschwellung der Schleimhaut und bei der mikroskopischen Untersuchung Hypertrophie der Schleimhaut des Sinus Morgagni und leukämische Veränderung in dem Knorpelmark.

Okada: Ueber das idiopathische Gesichtserysipelas und Streptokokkeninfection des Rachens.

Bei dem sogenannten idiopathischen Erysipelas beachte man die Umgebung der Nasenflügel und die Schleimhaut des Rachens, wo man oft im Secret Streptokokken constatiren kann.

S. Hata: Ueber die seitliche Kopfdrehung des Kaninchens bei Salvarsaninjection (gegen den Vortrag des Herrn Ozekis.)

Ich habe keine Erfahrung von solcher Erscheinung bei meinem grossen Versuchsmaterial. Es ist möglich, dass Salvarsan im Darmkanal oxydirt werden kann, aber es lässt sich die angegebene Erscheinung nicht erklären. Am besten ist das Mittel intravenös zu injiciren.

(Referent: Man fand später Parasiten im Gehörgange der betreffenden Seite des Versuchsthieres.)

Oyama: Demonstration von Papilloma nasi.

Discussion.

T. Nakamura: Bericht über einen ähnlichen Fall.

Nakata: Oto-rhino-laryngologische Untersuchungen der Schulkinder.

Unter 1030 Kindern fand N. 432 mit adenoiden Vegetationen, 184 mit Gaumentonsillenhypertrophie (darunter 101 mit Nasenleiden combinirt) und in einem Drittel der Gesammtzahl Schwerhörigkeit.

Simbo: Statistische Untersuchung der adenoiden Vegetationen.

Unter 8734 Patienten der Okada-Poliklinik in Tokyo fand S. diese Krankheit in 2,8 pCt., d. h. weniger als in Europa.



(Referent: Ich finde diese Krankheit gar nicht seltener als in Europa.)

Yagisawa: Klinisches über die adenoiden Vegetationen.

Morikawa: Heilung der Lähmung der unteren Extremität nach Adenotomie.

Hirose: Ueber die Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und Minderwerthigkeit der Kinder.

Bei 9 unter 10 minderwerthigen Kindern fand H. diese Krankheit.

Shimodaira: Messungen der Geistesthätigkeit bei Kindern mit adenoiden Vegetationen.

Nach Sakaki's Methode machte S. psychologische Experimente bei solchen Kindern und fand, dass solche Kinder zu den minderwerthigen gehören.

Ito: Ueber die Gaumenwölbung bei adenoiden Vegetationen.

Bei 60pCt. der 60 an adenoide Vegetationen Leidenden fand I. hohe Gaumenwölbung und demonstrirte verschiedene Gypsmodelle.

Kamio: Beitrag zur Function der Tonsillen.

Durch sorgfältige Untersuchungen der Serienschnitte der Gaumen- und Rachentonsillen (39 Stück), welche theilweise durch Operation und theilweise von der Leiche erhalten wurden, kam K. zu folgendem Schlusse: 1. Bei nicht hypertrophirten Tonsillen, 12 Fälle vom 2. bis zum 18. Lebensjahre, sieht man Kerntheilungsfiguren im Keimcentrum des Folliculus. Der Ausführungsgang der umgebenden Schleimdrüsen hat keinen directen Zusammenhang mit dem Tonsillengewebe. 2. Bei Tonsillen im degenerativ veränderten Zustande, 12 Fällen vom 25. bis zum 81. Lebensjahre, sieht man degenerative Veränderungen hauptsächlich in Keimcentren und Follikeln. Das Keimcentrum atrophirt und die Follikel verkleinern sich in Zahl und Grösse und verschwinden schliesslich. Bei hypertrophirten Tonsillen, welche operativ entfernt wurden, sieht man gewöhnlich eine sogenannte physiologische Wunde nach Stöhr im Epithel. Latente Tuberculose wurde nicht constatirt. Der Vortragende berichtet noch über 2 Fälle von Neugeborenen.

T. Nakamura: Zur pathologischen Histologie der adenoiden Vegetationen.

N. berichtet über hyaline Körperchen unterhalb der Epithelzellen, welche durch Fuchsinlösung leicht, aber durch Eosin nicht färbbar sind. Sie befinden sich am meisten unterhalb der entzündlich veränderten Stellen und entstehen wahrscheinlich durch chemisch verändertes Plasma.

Okada: Ueber nasalen Fortsatz der adenoiden Vegetationen nach Meyer.

Nach Beschreibung des oben genannten Fortsatzes empfiehlt O. Entfernung mit Schlinge durch Rhinoscopia ant.

Discussion.

Inada: An Morikawa's Fall glaube ich nicht.

Morikawa: Ich habe nur die Thatsache mitgetheilt.

Nakamura und Kamio: Ueber die active Bewegung der Lymphocyten.

Tadokoro: Die hyalinen Körperchen sieht man auch in der Schleimhaut des Kehlkopfes sowie der Nasenhöhle. Kubo.

---

i) Französischer Congress für Oto-Rhinc-Laryngologie.

Paris, 13. bis 15. Mai 1912.

(Rhino-laryngologischer Theil.)

Castex: Die Behandlung der Rhinorrhoea mittels hochgespannter Ströme.

Vier Fälle wurden mit den Arsonvalströmen behandelt und gebessert.

Garel: Die Behandlung der Nasenbrüche.

Empfohlen wird die Prothese von Martin. Wenn diese nicht zur Hand ist, kann man sich eine Prothese aus Stents zurecht machen.

Moure: Ueber Behandlung der Synechien der Nase.

Empfohlen wird eine Einlage von Mica, die wochenlang ohne Reizung vertragen wird.

Bar: Verwachsung der Nase und Zunge. Casuistik.

Bourguet: Ueber die Operation der malignen Tumoren des Siebbeins.

Der Autor schlägt eine Schnittführung vor, die gestattet, den ganzen Tumor mit seinem Sitze in einem Stück herauszuholen, um Recidive von übersehenen Resten aus zu vermeiden.

Gault: Ein Fall von Hemilaryngectomie.

Die praeventive Tracheotomie wird auch empfohlen.

Caboche: Gestieltes Epitheliom des rechten Stimmbandes.

Operation mittels Laryngofissur. Heilung seit $4^1/_2$ Jahren.

Lannois und Montchannont: Secundärer Krebs des Kehlkopfs.

Der primäre Krebs fand sich im Oesophagus.

Molinié: Ueber Nachbehandlung bei Laryngostomie.

Es wird eine flügelförmige Canüle empfohlen, die gestattet, die Wundränder zu behandeln, ohne den ganzen Verband abzunehmen. Ferner wird eine Canüle demonstrirt, die einen Lappen eingeschnitten trägt, an dem der Patient bloss zu ziehen braucht, um im Nothfalle die Trachealöffnung herzustellen.

Mahu: Recurrensparalyse als erstes Symptom eines Tumors an der Schädelbasis.

Die Paralyse bestand nur 14 Tage.



Mahu: Ein Fall von chronischem Rotz des Pharynx und des Larynx.

Rotzbacillen fanden sich nicht.

Loubert: Subglottisches Angiom.

Das Interessante an dem Falle war die Rosenkranzform.

Trétrôp: Kopfschmerzen nasopharyngealen Ursprungs.

Chavanne: Pharyngeal ausgelöstes Asthma.

Nach Abtragung eines Papilloms der Uvula schwand bei einem $14^1/_2$jährigen Mädchen ein hartnäckiges Asthma.

Broeckaert: Ueber Behandlung des Schleimhautlupus mittels Radium.

Radium ist das beste Mittel gegen Lupus. Br. demonstrirt eigene Radiumträger für die verschiedenen Organe.

Sargnon: Ueber Laryngostomie.

Die letzten Laryngostomien hat S. nur noch in Localanästhesie gemacht. Heute besitzt Sargnon schon 22 eigene Fälle. In der Literatur sind 150 Fälle veröffentlicht mit 75 pCt. Heilung und 8 pCt. Mortalität.

Pautet: Laryngostomie wegen Stenose nach Kehlkopftuberculose.

Der elende Gesammtzustand hat sich bedeutend gebessert, doch konnte Patient die Canüle nicht entbehren.

Molinié: Ueber Nasencorrecturen.

Besprochen werden nur die Höcker und die Sattelnase. Mit einem eigenen Instrument wird die Haut vom Nasenrücken gelöst. Zur Abtragung des Höckers empfiehlt M. eine Art Guillotine. Zur Ausgleichung der Sattelnase implantirt er Knorpel, den er dem Septum entnimmt. Doch kann man eine gefensterte Aluminiumplatte ebenfalls implantiren.

Labouré: Ueber maligne Tumoren des Vomer.

Empfohlen wird der Schnitt nach Majo durch den Gaumen. Weniger elegant ist der paranasale Schnitt nach Moure.

Bar: Ueber Blutgeschwülste des Septums.

Es handelt sich um die oft behandelten blutenden Septumpolypen.

Pistre: Autointoxication als Ursache der adenoiden Vegetationen.

Ausführungen über die interne Secretion und Beziehung derselben zu den adenoiden Wucherungen.

Sitzung vom 14. Mai.

Vacher und Denis: Unsere Technik der endonasalen Eröffnung der Nebenhöhlen.

Das Endziel der Specialisten wäre, möglichst auf den natürlichen Wegen zu interveniren. Es lassen sich alle Nebenhöhlen der Nase von der Nasenhöhle aus eröffnen. Für die Kiefer- und Keilbeinhöhle ist dies jetzt allgemein anerkannt. Für die Stirnhöhle hat Vacher eine Methode schon im Vorjahre angegeben, auf die er nicht mehr zurückkommen will. Er empfiehlt jetzt ein Instrument, die Sonde-rape, mit der er in die Stirnhöhle eindringt und dabei gleichzeitig die Infundibularzellen zerdrückt.

Luc (Berichterstatter): Die locale Anästhesie in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Es wird hauptsächlich das Augenmerk auf die Leitungsanästhesie gelenkt. Im Allgemeinen sollen die permucöse, submucöse und regionäre Anästhesie immer combinirt verwendet werden. Als anästhetische Mittel empfiehlt L. das Cocain für die permucöse Anästhesie und für die submucöse und subcutane Anästhesie das Novocain zusammen mit Adrenalin. Er bespricht des Genaueren die Art und Weise, wie für jede Operation die Anästhesie zu machen ist. An einen complicirten Fall der Kiefersiebbeinhöhle von Kubo wird genau beschrieben, wie die Anästhesie zu machen ist. Kein Stimulans. Gegen die Angstzustände empfiehlt sich am besten das Morphium. Die locale Anästhesie bedeutet eine grosse Vereinfachung der Schwierigkeiten einer Operation, für den Patienten einen Gewinn an Zeit und Geld.

An der Discussion betheiligen sich: Moure, Vacher, Broeckaert, Sargnon, Aboulker, Jacques.

Pautet: Fünf Fälle von Operation nach Caldwell-Luc.

Die locale Anästhesie verbunden mit der elektrischen Fraise verringert ganz bedeutend die Schwierigkeiten des Eingriffs.

Caboche: Ueber einen Fall von Reinfection der Kieferhöhle.

Die Reinfection erfolgte durch Caries eines Zahnes.

Labarrière: Fünf Fälle von Sinusitis frontalis.

Zwei wurden nach Killian ohne Entstellung, drei endonasal behandelt.

Lubet-Barbon: Tödtliches Emphysem nach Sondirung des Oesophagus.

Aeltere Dame wurde mit olivenförmiger Sonde katheterisirt. Drei Stunden nach der Sitzung retrosternaler Schmerz und Hautemphysem. Tod nach 3 Tagen.

Discussion.

Guisez verwirft entschieden die Anwendung der olivenförmigen Sonden, die sehr zur Perforation der Schleimhaut auch ohne jedes brutale Manöver geeignet sind.

Sieur empfiehlt therapeutisch als ultima ratio die Eröffnung und Drainage des Mediastinums.

Monet glaubt, es giebt schlechte und gute Oesophaguswände, solche, die viel vertragen, und solche, die auch bei einer schonenden Oesophagoskopie einreissen.

Levesque: Kehlkopfblutung und subcutanes Emphysem.

Ursache unbekannt, vielleicht durch Einathmung von Chlor- und Joddämpfen.

Gault u. Durand (Berichterstatter): Die Behandlung der Tumoren des Pharynx auf oralem Wege.

Die Berichterstatter bemühen sich, den Beweis zu erbringen, dass der beste Weg die Tumoren des Oesophagus zu entfernen, der natürliche orale ist. Tumoren, die auf diesem Wege nicht zu entfernen sind, dürften kaum auf einem der anderen sehr zahlreichen Wege der Pharyngotomia externa zu entfernen sein. In einer kurzen historischen Uebersicht zeigen die Berichterstatter, dass ursprünglich der orale Weg der bei den Chirurgen beliebteste war. In letzter Zeit haben hauptsächlich die Publicationen von Jacques für die Wiederaufnahme des oralen Weges plädirt. Thatsächlich wird durch den oralen Weg die Intervention auf ein Minimum herabgesetzt. Es kommt nur selten zu schweren Blutungen und können diese, weil zumeist venös, rasch durch Compression oder Umstechung zum Stillstand gebracht werden. Eine Unterbindung der äusseren Gefässe (Carotis) ist zumeist unnöthig. Selten kann die Operation in localer Anästhesie gemacht werden. Am besten ist es, bei hängendem Kopfe zu operiren, dadurch wird die Tracheotomie überflüssig. Die Autoren bringen ein ausführliches Capitel über die topographische Anatomie der Gegend, ferner eine Anzahl von Krankengeschichten, die beweisen, wie ansehnliche Tumoren auf diesem Wege mit verhältnismässig wenig chirurgischem Aufwande operirt werden können. Zum Schluss geben die Berichterstatter eine allgemeine Technik dieser Operation, die sie die Pharyngectomia interna nennen. Den Schluss bildet eine Literaturübersicht, die hauptsächlich französische Arbeiten berücksichtigt.

Discussion.

Luc empfiehlt neben dem oralen Wege noch einen Schnitt durch die Wange, wodurch der Zugang sehr erleichtert wird.

Aboulker bekämpft die Meinung der Berichterstatter, wonach der orale Weg der beste wäre. Er hat wiederholt Tumoren operirt, die durch die Drüseninfiltration und das Ueberwachsen auf die Umgebung den oralen Weg von vornherein ausschlossen. Hingegen kann er behaupten, dass die Pharyngectomia externa durch die Anwendung der Infiltration nach Schleich bedeutend erleichtert wird.

Gault hält den Schnitt durch die Wange für überflüssig. Was den oralen Weg anlangt, so ist er der Ueberzeugung, dass er für die allermeisten Fälle ausreicht. Uebrigens darf man nicht vergessen, dass wir es oft mit kachektischen Patienten zu thun haben, bei denen man sich scheut, eine eingreifende Operation auszuführen und bei denen die Pharyngectomia interna mitunter von schwersten Folgen begleitet sein kann.

Jacques: Extraction einer Kugel von der Schädelbasis.

Die Extraction gelang mit dem Elektromagneten von Trouvé.

Tixier: Drei Fälle von fibrösen Nasenrachenpolypen.

Ursprungsort dieser Polypen ist die sphenomaxilläre Gegend. Bekommt man rechtzeitig diese Polypen zu Gesicht, so kann man ihren Ursprungsort deutlich sehen. In einem der 3 Fälle T.'s entsprang der Polyp von der vorderen Wand der Keilbeinhöhle.

Castex: Ueber Palatoplastik.

Trétrôp: Ueber Amygdalitis durch Spirochaeta buccalis.

Guisez: Ueber eine durch Bronchoskopie aufgedeckte Complication der Adenotomie.

Es können, namentlich wenn in Narkose operirt wird, die abgetragenen Stücke in den Bronchialraum fallen und dort zu schweren Lungenerscheinungen führen. G. gelang es in 4 Fällen, sich bronchoskopisch von der Anwesenheit dieser Fremdkörper zu überzeugen. Im letzten Falle, den G. zu beobachten hatte, lag die Masse auf der Bifurcation, wo sie zu schwerer Cyanose geführt hat.

Rob. Leroux: Vorsicht bei Menthol gebrauch.

Das Menthol ist bei Säuglingen nur mit äusserster Vorsicht zu verwenden.

Thooris: Ueber die Bedeutung der methodischen Athemübungen.

R. Foy: Ueber die Behandlung der Ozaena mittels methodischer Athemübungen.

F. bespricht seine Methode der Behandlung der Ozaena, die nach ihm auf nur mangelhafter Athmung der Nase beruht. Anfangs wird comprimirte Luft in die Nase eingetrieben und damit eine Art Massage gemacht. Die Patienten werden dann auf die Nasenathmung methodisch eingeübt.

J. Labouré: Ueber die Methode von Foy.

Es ist das die beste Methode, um eine Reihe von Störungen sowohl der Nase als auch des Gesammtorganismus wie Fettleibigkeit, Asthma, Emphysem etc. zu heilen. Was speciell die Ozaena anlangt, hat L. bei 10 Patienten, die an Ozaena erkrankt waren, 5 Heilungen erzielt.

Claoué: Instrument (elektrischer Brenner) zur Extraction von Kautschuckgebissen aus dem Oesophagus.

Der Brenner hat Hakenform und glüht nur an der Innenseite, wo er an das Gebiss angelegt wird und es anschmelzen kann.

Während des Congresses wurde bestimmt, dass die französische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie die im Gang befindliche Enquête über die Ozaenafrage unterstützen wird. Desgleichen wurden für das kommende Jahr zwei Themen otologischer Natur als Referate bestimmt. Lautmann.

IV. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

VIII. Bericht (1. October 1912).

Albert Rosenberg †.

Am 31. Juli hat der Tod völlig unerwartet unseren lieben verehrten Collegen Albert Rosenberg aus rüstigem Schaffen heraus von unserer Seite gerissen. Wir haben in ihm einen Mitarbeiter verloren, der in seiner für unsere gemeinsame Aufgabe besonders glücklichen Eigenart unersetzlich ist. Seine bis ins Kleinste sich bethätigende Gewissenhaftigkeit, seine nimmer ermüdende Ausdauer, seine gewinnende Liebenswürdigkeit im Verkehr mit den Collegen und seine ausgedehnten persönlichen Beziehungen zu den Fachcollegen fast aller Culturländer hatten uns das sichere Gefühl verschafft, mit seiner Unterstützung dem umfangreichen Werke der Ozaena-Sammelforschung gewachsen zu sein. Sein Tod mahnt uns, unsere Kräfte zu verdoppelter Anstrengung anzuspornen. Für alle Zeit aber werden wir dankbar und voller Bewunderung anerkennen, wie Rosenberg mit Geist und Herz daran gearbeitet hat, die Sammelforschung in die Wege zu leiten, fest überzeugt von ihrer Zweckmässigkeit und ihrem schliesslichen Erfolge.

Grabower. Alexander.

Durch den Tod Rosenberg's sowie auch durch die Sommerferien sind die Arbeiten der Sammelforschung etwas verzögert worden. Nichtsdestoweniger sind wir auch heute in der Lage, über einige Fortschritte in der Durchführung der Organisation zu berichten.

Herr Dr. G. A. Fischer in Adelaide hat endgültig seine Mithülfe für **Australien** zugesagt. Er hat bereits Herrn Dr. Hogg aus Launceston (Tasmanien), sowie Dr. Gibson aus Brisbane (Queensland) als Mitarbeiter gewonnen und erwartet weitere gute Hülfe aus Viktoria, Neu-Südwales und Westaustralien.

In **Chile** hat Herr Prof. Dr. Alejandro del Rio ein Comité gebildet, bestehend aus den Herren Prof. Dr. Theodor Muhm, Dr. Luis Middleton, Dr. Carlos Cumming und Dr. Wiren. Da in den Provinzen Chiles keine Rhinologen vorhanden sind, so sieht sich das Comité genöthigt, seine Arbeiten im Wesentlichen auf das reiche Material der Hauptstadt Santiago zu beschränken.

Das Centralcomité für **Japan** besteht aus folgenden Herren:

Tokyo: Okada, Tadokoro und Joshii (Universität), Iwata (Armee), Kanasugi, Okonogi.
Kyoto: Wazuji und Nakamura (Universität).
Fukuoka: Kubo und Matsui (Universität).
Osaka: Azai.
Vorstand: Prof. Okada. Generalsecretär: Prof. Kubo.

In **Italien** haben sich unter der Leitung Prof. Gradenigo's folgende Comités gebildet:

Comitato Piemontese: Prof. Giuseppe Gradenigo, Prof. Ignazio Dionisio, Dr. Raoul Hahn, Dr. Ciro Caldera (Generalsecretär). Dies Comité wirkt gleichzeitig als Centralcomité für ganz Italien.
Comitato Lombardo: Prof. Vittorio Nicolai, Prof. Carlo Biaggi, Dr. A. Cagnola.
Comitato Ligure: Prof. G. Masini, Prof. Camillo Poli (Genua), Dr. Tommaso Bobone (San Remo).
Comitato Veneto: Dr. F. Putelli, Dr. Vitalba. Prof. Brunetti jun.
Comitato Laziale: Prof. Gherhardo Ferreri, Prof. T. Mancioli, Prof. G. Bilancioni.

Comitato Toscano: Prof. Vittorio Grazzi (Florenz), Prof. Luigi Rugani (Siena), Dr. Jacopo Tommasi (Lucca).

Comitato Emiliano: Prof. G. d'Ajutolo, Dr. A. Poppi, Prof. Canèpele Adelson.

Comitato Napoletano: Prof. A. Trifiletti, Prof. G. Prota, Dr. A. Rossi-Marcelli.

Comitato Siculo: Prof. Santi Pusateri (Palermo).

Das Centralcomité will die Società Piemontese di Igiene für die Sammelforschung interessiren, ebenso wie auch die Società Italiana di Laringologia e Otologia auf ihrer Jahresversammlung in Venedig von den bevorstehenden Arbeiten in Kenntniss gesetzt werden soll.

Gleichzeitig wurde uns mitgetheilt, dass die Herren Prof. Dionisio, Dr. Hahn und Dr. Caldera mit wissenschaftlichen Untersuchungen über die Ozaena beschäftigt sind.

Aus der **Türkei** wird uns berichtet, dass das Ministerium des Unterrichtswesens die Erlaubniss zur Untersuchung der in Konstantinopel und seiner Umgebung befindlichen Schulen ertheilt hat. Auch aus diesem Lande haben wir besondere wissenschaftliche Untersuchungen über die Ozaena zu erwarten.

Für **Serbien** hat Herr Dr. D. Schraga (Belgrad) die organisatorischen Arbeiten übernommen.

In **Dänemark** hat das unter Leitung des Herrn Collegen L. Mahler stehende Centralcomité für die Organisation gewonnen: 1. in Odense: Dr. Schönsboe, 2. in Aarhus: Dr. Jacobsen, 3. in Aalborg: Dr. Heilskov. In Kopenhagen hat man mit der Untersuchung von ca. 60 000 Schulkindern angefangen.

Im **Königreich Bayern** wurden gewonnen: 1. Dr. Hiltermann (Passau) für Niederbayern, 2. Prof. Scheibe (Erlangen) für Mittelfranken, 3. Dr. Hedderich (Augsburg) für Schwaben.

Dem **westfälischen Comité** gehören in Dortmund an die Herren Drr. Hansberg, Heinrichs, Prein, Schmitz, Stade, Thomas, sowie der dortige Schularzt Dr. Steinhaus, der Stadtarzt Dr. Köttgen und der Kreisarzt Dr. Wollenweber. Aus den grösseren Städten Westfalens sind beigetreten die Herren Schmidt-Bochum, Terbrüggen-Hagen, Kirchner-Gelsenkirchen und Buss-Münster. Auch für den Regierungsbezirk Minden schweben bereits Verhandlungen mit einem in Bielefeld ansässigen Herrn Collegen. Die Untersuchungen werden im Monat October beginnen.

Im **Regierungsbezirk Potsdam** haben sich die Herren Dr. Arthur Buccerius (Wittenberge), Dr. Marquardt (ärztl. Director der Heilstätte Beelitz) und Dr. Fricke (Generalarzt a. D., Chefarzt der Heilstätte Belzig) zur Theilnahme an der Sammelforschung bereit erklärt.

Aus verschiedenen Aeusserungen und Mittheilungen haben wir den Eindruck gewonnen, dass einige der Herren Organisatoren und Mitarbeiter durch die Zahl und Art der im Fragebogen geforderten Untersuchungen, sowie durch den Umfang des Sectionsprotokolls einigermaassen betroffen sind und sich die ihnen zugewiesene Aufgabe allzu complicirt vorstellen.

Demgegenüber erlauben wir uns darauf hinzuweisen, dass ein jeder selbstverständlich nur soviel an Arbeit leisten soll, wie seine eigenen Kräfte, seine Hülfskräfte, die zur Verfügung stehenden Mittel, seine Zeit, die localen Verhältnisse und dergl. mehr gestatten. Das Berliner Comité hat dem ihm gewordenen Auftrage gemäss Fragebogen und Sectionsprotokoll in möglichster Vollständigkeit ausgearbeitet. Inwieweit diese Schemata eine praktische Bearbeitung von Seiten des



einzelnen erfahren, bleibt selbstverständlich den Herren Mitarbeitern überlassen. Doch sollten wir meinen, dass sich bei einigem Interesse im Laufe einer zweijährigen Arbeitszeit ganz Bedeutendes leisten lässt.

Was besonders das Sectionsprotokoll anbetrifft, dessen Herstellung in der geforderten Weise erhebliche Zeit in Anspruch nimmt, so wolle man bedenken, dass der Einzelne selbst bei grösstem Materiale nur äusserst selten in der Lage sein wird, eine Ozaena-Section zu machen, sodass, wenn dieser Fall wirklich einmal eintritt, die wenigen Stunden in Anbetracht der Wichtigkeit der Materie wohl geopfert werden könnten. Natürlich werden derartige Sectionen im Wesentlichen nur in den grossen Kliniken und Krankenhäusern von geschulten Prosectoren ausgeführt werden können.

Noch einmal sei ausdrücklich hervorgehoben, dass der Zweck der Sammelforschung vor Allem darin besteht:

1. Vorkommen und Häufigkeit der Ozaena in den einzelnen Ländern festzustellen.
2. Der Frage nach der Hereditat resp. Infectiosität der Erkrankung an der Hand von Stammtafeln näher zu treten.
3. Die Pathologie der Ozaena in den ersten Lebensjahren zu studiren.
4. Sectionsmaterial zu erlangen, um die pathologische Anatomie der Ozaena weiter auszuarbeiten.

Wir bitten, auch die wissenschaftlichen Arbeiten, welche gelegentlich der Sammelforschung geleistet werden, nach Möglichkeit diesem Zweck anzupassen.

Das geschäftsführende Comité wird darauf bedacht sein, sich sobald wie möglich durch ein drittes Mitglied an Stelle des verstorbenen Collegen Rosenberg zu ergänzen. Wir hoffen in unserem nächsten Bericht, der voraussichtlich im Januar 1913 erscheinen wird, hierüber Mittheilung machen zu können.

Der Beginn des Wintersemesters dürfte der gegebene Zeitpunkt sein, um allerseits ernstlich mit den praktischen Arbeiten zu beginnen. Wir sind überzeugt, dass sich bei dem vielseitigen Interesse, welches die Ozaenafrage bietet, mit dem Beginn der Arbeit auch die Freude an derselben von Tag zu Tag vermehren wird.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.

Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

Section für Rhinologie und Laryngologie des XVII. Internationalen Medicinischen Congresses (London 1913).

Uns geht das bisherige Programm der XV. Section (Rhinologie und Laryngologie des Congresses zu.

Das vorbereitende Comité setzt sich folgendermaassen zusammen:

Präsident: Sir St. Clair Thomson.

Vicepräsidenten: J. B. Ball, J. W. Bond, J. Dundas Grant, D. R. Paterson, Herbert Tilley, A. Logan Turner, P. Watson Williams, Gibb Wishart, R. H. Woods.



Mitglieder: H. S. Barwell, Adolph Bronner, J. W. Browne, H. J. Davis, J. Walker Downie, G. William Hill, J. Middlemass Hunt, H. Lambert Lack, Greville MacDonald, John MacIntyre, C. A. Parker, L. H. Pegler, W. Permewan, H. Betham Robinson, P. R. W. de Santi, Sir Felix Semon, E. B. Waggett, G. Wilkinson.

Secretäre: Douglas Harmer, A. Brown Kelly, Dan McKenzie.

Vormittagssitzungen (9½ Uhr).

Donnerstag, 7. August. Ueber die neuen Fortschritte der endoskopischen Methoden in ihrer Anwendung auf Kehlkopf, Trachea, Bronchien, Oesophagus und Magen.

Referenten: G. Killian und Chevalier Jackson.

Freitag, 8. August. Gemeinsame Sitzung mit der Otologischen Section unter dem Präsidium des Vorsitzenden der Laryngologischen Section. Die Methoden und Erfolge der Behandlung mit Salvarsan und anderen Arsenpräparaten bei Erkrankungen von Hals, Nase und Ohr.

Referenten: G. Gerber und André Castex.

Sonnabend, 9. August. Tonsillotomie und Tonsillectomie; ihre Indicationen und ihr Werth.

Referenten: H. Burger und J. L. Goodale.

Montag, 11. August. Gemeinsame Sitzung mit der Otologischen Section unter dem Präsidium des Vorsitzenden der Otologischen Section. Die besondere Therapie von Hals, Nase und Ohr während der acuten Stadien gewisser Infectionskrankheiten, nämlich Scharlach, Masern, Roseola, Mumps, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Pocken, Windpocken, Erysipel, Poliomyelitis anterior und Cerebrospinalmeningitis (mit Ausschluss der Diphtherie).

Referenten: Victor Delsaux und E. W. Goodall.

Dienstag, 12. August. Pathologie und Therapie der malignen Geschwülste der Nase und des Nasenrachens (mit Ausschluss der Fibrome).

Referenten: G. Ferreri, H. Marschik und E. Lombard.

Nachmittagssitzungen (3—6 Uhr).

Die Nachmittagssitzungen bleiben für die von den Mitgliedern der Section angemeldeten Vorträge reservirt; der Vorstand hat das Recht, unter den angemeldeten Vorträgen die Auswahl zu treffen. Jedem Vortragenden werden nicht mehr als 15 Minuten, jedem Discussionsredner nicht mehr als 10 Minuten bewilligt.

Ausstellung.

Dieselbe soll makroskopische und mikroskopische Präparate, sowie sonstige Ausstellungsobjecte umfassen, die sich beziehen auf:

1. Neubildungen der Nase, der Nebenhöhlen und des Nasenrachens (mit Ausschluss der Schleimpolypen).
2. Die selteneren Formen der Kehlkopftumoren, einschliesslich des an der Hinterfläche des Ringknorpels localisirten Carcinoms.
3. Krankheiten der Trachea und der Bronchien.

Ferner findet eine Ausstellung von Instrumenten statt, die die neueren Verbesserungen auf dem Gebiete der Broncho-Oesophagoskopie veranschaulichen sollen. Das Comité ist bereit, eine beschränkte Anzahl von Demonstrationen zu festgesetzten Stunden in der Ausstellung zu veranstalten. Mitglieder, die Gegenstände für die Ausstellung leihen wollen, werden gebeten, Mittheilung an Dr. McKenzie zu machen.

Ausstellungscomité: J. W. Bond (Vorsitzender), A. Logan Turner, C. H. Pegler, Dan McKenzie (Secretär, 62 Brook Street, London W.

Alle für die Ausstellung geliehenen Gegenstände werden versichert und es wird Sorge getragen werden, dass sie unmittelbar nach dem Congress unbeschädigt an die Aussteller zurückgesandt werden.

Der geschäftsführende Secretär der Section: Douglas Harmer, 45 Weymouth Street, London W.

James Edward Newcomb †.

An seinem 55. Geburtstage starb James Newcomb, einer der angesehensten Oto-Laryngologen New-Yorks. N. war Professor der Laryngologie am Cornell Medical College und consultirender Laryngologe am Roosevelt Hospital. Er war ferner Vorsitzender der American Laryngological Society. Mit Burnett und Ingals zusammen verfasste er ein Lehrbuch der „Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses“; ferner besorgte er die englische Ausgabe von Grünwald's Atlas der Erkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.

Emil Mayer.

Personalnachrichten.

Unser verehrter Mitarbeiter Dr. med. E. Stangenberg ist zum Docent für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten am Karolini'schen Institut in Stockholm ernannt worden.

Dr. phil. et med. Wilhelm Brünings in Jena ist zum ausserordentlichen Professor daselbst ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, November. 1912. No. 11.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Die Gemeindeschulen in Stockholm. Bericht für das Jahr 1911.** *Stockholms Stadt Folkskolor. Berättelse för är 1911.*

Von den Ohren-Halsspecialisten wurden 3994 Kinder untersucht (6-7 jährige), von denen 391 (9,8 pCt.) an Ohrenkrankheiten, 150 (3,7 pCt.) an Schnupfen schwerer Art, 321 (8 pCt.) an adenoiden Vegetationen und 475 (11,9 pCt.) an vergrösserten Gaumenmandeln litten. E. STANGENBERG.

2) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Die Laryngo-Rhinologie als selbstständige medicinische Wissenschaft.** *Berliner klinische Wochenschr. No. 35. 1911.*

Eine historische Betrachtung der Entwickelung der Laryngo-Rhinologie führt den Verf. dazu, ihr die Bedeutung einer selbstständigen medicinischen Wissenschaft zuzuerkennen. Und obwohl er ihre nahen Beziehungen zur Otologie anerkennt, fordert er dennoch eine Trennung der beiden Fächer, soweit sie Gegenstände wissenschaftlicher Forschung und wissenschaftlichen Lehrens sind. „Die Freiheit und Selbstständigkeit einer Wissenschaft ist die beste Vorbedingung für ihr Gedeihen. Dies gilt auch für die Laryngo-Rhinologie." ZARNIKO.

3) **S. J. Meltzer. Pharyngealinsufflation, eine einfache Methode der künstlichen Athmung. (Pharyngeal insufflation, a simple method of artificial respiration.)** *Journ. amer. med. association. 11. Mai 1912.*

Verf. hat seine Methode bisher im Laboratorium an Thieren erprobt. Sie besteht in Folgendem: Einführung eines Katheters in den Pharynx, Herausziehen der Zunge, Drücken der Regio suprahyoidea gegen das Gewölbe der Mundhöhle, Ausübung eines constanten Drucks auf das Abdomen, Verbindung des Katheters mit einem Blasebalg. Wenn während der Compression des Blasebalgs Luft in den Pharynx getrieben wird, so kann sie durch Mund und Nase in den Magen und in



die Lungen entweichen. Das schnelle Zurückkehren der insufflirten Luft durch den Mund wird beschränkt dadurch, dass die Zunge gegen das Dach der Mundhöhle gedrückt wird, das Zurückweichen durch die Nase wird beschränkt dadurch, dass durch den Druck gegen das Mundhöhlendach auch der weiche Gaumen gehoben wird und dadurch, dass der in der Mundhöhle liegende Katheter dazu beiträgt, den weichen Gaumen und die Uvula zu heben; dass die Luft nicht in den Magen entweicht, wird durch den auf das Abdomen ausgeübten äusseren Druck verhütet. Unter diesen Umständen dringt die überschüssige Luft aus dem Pharynx bei jeder Insufflation leicht in die Lungen in einer Menge und mit einer Gewalt, die genügt, um eine wirksame Inspiration herbeizuführen, die in diesem Falle hauptsächlich in einer Dehnung des Thorax bei nur geringem Herabsteigen des Zwerchfells besteht. Je stärker der auf die Regio suprahyoidea ausgeübte Druck ist, desto tiefer ist die Inspiration.

EMIL MAYER.

4) **A. Jurasz** (Lemberg). **Ueber das Sklerom.** *Der Amtsarzt. No. 8. 1912.*

Die Therapie ist im Ganzen machtlos; nur selten kann man mit Röntgenstrahlen, die Verf. gern mit Elektrolyse verbindet, Erfolge erzielen. Dagegen kann man der Ausbreitung der Krankheit wirksam entgegenarbeiten. Vom nördlichen Theil Oesterreichs ist Ostgalizien am stärksten verseucht und weist 4—5 mal mehr Skleromfälle als Westgalizien auf. Verf. hat in seinem Ambulatorium in Lemberg in $3^1/_2$ Jahren 200 Fälle constatirt. Von den östlichen Hauptherden rückt die Infection langsam immer mehr nach Westen vor: von Ostgalizien nach Westgalizien, von hier nach Schlesien, Mähren und Böhmen, wo sie an einzelnen Stellen endemisch ist; in einer anderen Richtung ist sie über Ungarn nach Kroatien, Steiermark und Krain vorgerückt und endlich vom russischen Osten nach dem Königreich Polen, Lithauen und Ostpreussen.

In seinen Schlusssätzen plaidirt Verf. für die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf die Skleromfälle, Führung einer genauen Statistik der Fälle in den verseuchten Kronländern, Einrichtung besonderer Stationen für Skleromkranke an den Kliniken und Hospitälern und endlich Einberufung einer wenigstens einmal im Jahre tagenden internationalen Skleromconferenz von Vertretern der interessirten Länder.

FINDER.

5) **Freystadl. Erkrankungen des Pharynx und Larynx bei Syringomyelie. (Affections du pharynx et du larynx dans la syringomyélie.)** *Arch. internat. de laryng. No. 3. 1912. Mai/Juni.*

Zusammenstellung der publicirten Fälle, von denen zwei dem Autor persönlich bekannt sind und bereits anderweitig früher publicirt worden sind. Der neue Fall des Autors betrifft einen 64 jährigen Mann, der seit 36 Jahren krank und seit 26 Jahren heiser ist. Es besteht eine locale rechtsseitige Recurrensparalyse. Ebenso ist der rechte Gaumen paretisch, während die Zunge normal ist. Die Sensibilität des Pharynx und Larynx ist rechts vermindert. Bei den 52 zusammengestellten Fällen zeigt es sich, dass die halbseitige Stimmbandlähmung sich in 23 Fällen vorgefunden hat, wozu noch 8 Fälle von Posticuslähmung kommen.

LAUTMANN.

6) **J. Safranek** (Budapest). **Zur Pathologie und Therapie des Lupus vulgaris der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 618. 1912.*

Verf. theilt seine Erfahrungen mit, die er über Lupus der oberen Luftwege an der Gerber'schen Klinik, der oft die Hautlupuskranken von der dermatologischen Klinik zugeschickt werden, sammeln konnte. Vorerst bespricht er das makroskopische und mikroskopische Bild des Lupus und erörtert die Gründe, warum er wie eine Reihe anderer Autoren an der Trennung von Tuberculose und Lupus festhalten möchte. Die Unterscheidung zwischen Lupus und Syphilis ist nicht leicht, und es ist deshalb rathsam, in zweifelhaften Fällen die Wassermann'sche Reaction und die Tuberculinreaction zu Hülfe zu ziehen.

Unter 65 an Hautlupus leidenden Patienten war bei 48 auch die Schleimhaut der oberen Luftwege lupös erkrankt, und zwar war bei 47 Fällen die Nasenschleimhaut, bei 2 der Nasenrachen, bei 6 Fällen die Mundhöhle, bei 4 Fällen der Rachen und bei 3 Fällen der Kehlkopf erkrankt. Auch nach dieser Statistik localisirt sich also der Schleimhautlupus mit besonderer Vorliebe an der Nasenschleimhaut. Bei Frauen ist er dreimal so häufig als bei Männern. Neben den drei Fällen von Kehlkopflupus, die mit lupösen Veränderungen der äusseren Haut einhergingen, sah Verf. auch 3 Fälle von primärem Larynxlupus, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden: regelmässig war der Kehldeckel die bevorzugte Stelle der Erkrankung, dann die aryepiglottischen Falten und Taschenbänder; durchwegs waren die Beschwerden gering. In dem Abschnitt über die chirurgische Behandlung des Schleimhautlupus drückt sich Verf. zu allgemein aus. Eine dauernde Heilung des Schleimhautlupus ist auch bei gründlichem Vorgehen nach der Erfahrung des Referenten sehr selten; es wäre deshalb von grossem Interesse gewesen, wenn Verf., der über ein verhältnissmässig grosses Material verfügt und doch nicht so pessimistisch denkt, in dieser praktisch wichtigen Frage seine Erfahrungen präcisirt hätte. Dagegen macht Verf. lehrreiche Angaben über seine Erfahrungen mit der Pfannenstiel'schen Methode: die Inhalationsmethode erwies sich — bei zwei Fällen von Kehlkopflupus — erfolglos. Bei 18 Fällen von Lupus des Naseninnern kam die von Strandberg angegebene Modifikation der Pfannenstiel'schen Methode zur Anwendung: bei 9 war nach 4—6 Wochen keine Besserung, bei den übrigen 9 eine Heilung zu constatiren; doch erschienen 2 dieser letzteren scheinbar ausgeheilten Fälle nach 6 resp. 8 Monaten wieder mit einem Recidiv. Verf. kommt zum Schluss, dass die Pfannenstiel'sche Methode nicht ohne Weiteres gute Erfolge verspricht und vor Recidiven nicht schützt. Zudem ist die Behandlung umständlich, für den Patienten ziemlich belästigend und langwierig.

OPPIKOFER.

7) **Adalbert Heindl. Ueber die zweckmässigste und schonungsvollste Behandlung von Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Aerztliche Reformzeitung. No. 8. 1912.*

Empfehlung von Coryfin: Bei acuter Rhinitis Coryfinwatte (5—10 proc.), oder Einsprayung von 25—50 proc. Coryfinlösung in Ol. Vaselin. (vor Anwendung bei kleinen Kindern möchte Ref. warnen; Mentholwirkung!). Zur Inhalation benutzt Verf. Coryfin in 0,5 proc. Emulsion mit Ol. Vaselin., wozu man Aq. laurocerasi,



Alypin, Cocain, Morphium hinzusetzen kann. Bei Trockenheit und Borkenbildung im Nasenrachenraum empfiehlt Verf. Pinselungen mit 25—50 proc. Lösung; für den Larynx bei starker Entzündung, Hustenreiz und Schluckschmerz, bei Perichondritis und Oedem Coryfin rein oder in 50proc. Lösung eingetropft. Am besten wirkt hier aber Eintropfung einer Lösung von 1,0 Cycloform in 25,0 Coryfin (Baumgarten).

FINDER.

8) **G. Ferreri. Ueber die frühzeitige Diagnose der Erkrankungen der oberen Luftwege mit Bezug auf die antituberkulöse Prophylaxis. (Le diagnostic précoce de certaines lésions des premières voies respiratoires etc.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 1. 1912.*

Statt Sanatorien zu bauen, ist es besser, Ambulatorien zu gründen, wo rhinolaryngologisch geschulte Aerzte fungiren würden um die ersten Anzeichen der Tuberculose in den oberen Luftwegen zu entdecken, die sonst unerkannt bleiben. Ein Beispiel hierfür sind die Veränderungen des Kehlkopfes in der Schwangerschaft. Namentlich bei Kindern existirt eine Form der Infiltration des Kehlkopfskeletts, die rasch zum Tode führt trotz Tracheotomie. Ferner kennt man auch einen Katarrh der Nase, der tuberculöser Natur ist. Ebenso erfolgt die Epistaxis aus dem locus Kieselbachi zumeist im Verlaufe der Tuberculose, wenn für diese Blutung nicht andere evidente Ursachen aufzufinden sind, wie Herzkrankheiten, Polypen, Hämophilie etc.. Die ambulanten Händler, namentlich Obstverkäufer in Italien, machen einen unnöthigen Stimmenaufwand, der sie der Tuberculose aussetzt. Prophylaktisch ist auch auf lupöse Erkrankungen zu fahnden. So lange die Läsionen nicht sehr entwickelt sind, schlägt Verf. eine Behandlung mit Tuberculin vor, während in späteren Stadien der Erkrankung die Behandlung deletäre Folgen hat.

LAUTMANN.

9) **A. Parker Hitchens. Die Behandlung einfacher Katarrhe der Athmungswege mit Bakterienvaccinen. (The treatment of simple catarrh of the respiratory passages with bacteriological vaccine.)** *Medical record. 17. Febr. 1912.*

Verf. verfügt über ermuthigende Resultate nach Anwendung von Vaccinegemisch bei Personen, die an acuten und chronischen Katarrhen leiden. Die Vaccine enthält pro Cubikcentimeter 150 Mill. Staphylococcus aureus und 150 Mill. Staphylococcus albus, 50 Mill. Streptokokken und 50 Mill. Pneumokokken, 50 Mill. zur Gruppe des Micrococcus catarrhalis gehörige und 50 Mill. Friedländerbacillen. Bei kräftigen Individuen im chronischen Krankheitsstadium betrug die Anfangsdosis der Vaccine 0,25 bis 0,5 ccm, subcutan verabfolgt, weitere Dosen werden in fünftägigen Intervallen gegeben und nicht über 0,5 ccm gesteigert. Es wurde bemerkt, dass am dritten oder vierten Tage nach der Injection das Fehlen der gewöhnlichen Absonderung die Nase sehr trocken erscheinen liess.

EMIL MAYER.

10) **E. v. Tóvölgyi** (Budapest). **Der Bacillus bulgaricus als Heilmittel bei Erkrankungen der oberen Luftwege und der Bronchien.** *Orvosi hetilap. No. 21. 1912.*

Verf. fand, dass der Yoghurtbacillus in der Rhino-Laryngologie als Heilmittel nicht in Betracht gezogen werden kann, weil er in den meisten Fällen sich als ganz indifferent erweist.

POLYAK.

11) **O. Chiari** (Wien). **Casuistik der Salvarsanwirkung bei Lues der oberen Luftwege.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 35. 1911.*

15 Fälle. Nur einmal intravenöse Application des Mittels, zweimal subcutane, 12 mal intramusculäre Injectionen. Befriedigende Erfolge. ZARNIKO.

12) **G. Zuelzer** (Berlin). **Die Behandlung acuter Katarrhe der oberen Luftwege durch Inhalation von Nebennierenpräparaten.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 7. 1911.*

Inhalation von „Glycirenan“ (Epirenan 1,0; Wasser 750,0; Glycerin 250,0), das mit dem Spiess'schen Medicamentenvernebler (Drägerwerke in Lübeck) verstäubt wird, fand Verf. bei acuten Katarrhen der Luftröhre und des Kehlkopfes vortrefflich. Weniger günstig wirkt dieselbe Behandlung beim chronischen Katarrh.

ZARNIKO.

13) **Fuchs** und **Róth** (Budapest). **Untersuchungen über die Wirkung des Adrenalins auf den respiratorischen Stoffwechsel.** *Zeitschr. f. experiment. Path. u. Ther. Bd. X. H. 2. 1912.*

Verf. stellen fest, dass Adrenalininjection die Atmungszahl erhöht und die Menge der während einer Minute verbrauchten Luft, des Oxygens, der sich bildenden CO_2 gesteigert wird. W. SOBERNHEIM.

14) **Starkenstein** (Prag). **Der Mechanismus der Adrenalinwirkung. (Studien über den Reizzustand des Sympathicus.)** *Zeitschr. f. experiment. Path. u. Ther. X. Bd. H. 1. 1912.*

Durch subcutane Injection von Adrenalin werden die sympathischen Nervenendigungen in einen Erregungszustand versetzt, als deren Folge Glykosurie, gesteigerte Drüsenfunktion und Contraction der glatten Musculatur auftreten. Durch den gleichzeitigen Splanchnicusreiz werden die Nebennieren zur Entleerung von Adrenalin in den Blutkreislauf veranlasst, ein Ereigniss, das den bereits gesetzten Reiz auf die peripheren Sympathicusendigungen seinerseits so steigert, dass Glykosurie auftritt. Die Piqûre- und die Asphyxieglykosurie sind mit Sicherheit als Adrenalinglykosurien aufzufassen. Diese können durch sympathicuserregende Substanzen wie Cocain, Coffein, Paraldehyd etc. noch gesteigert werden, ebenso wie sympathicuslähmende Substanzen wie Chinin und Salicylsäure oder stark lähmende Narcotica diese hemmen können. W. SOBERNHEIM.

15) **E. v. Tóvölgyi** (Budapest). **Anwendung und praktischer Nutzen des endobronchialen Sprays von Ephraim bei Katarrhen der Luftwege.** *Orvosi hetilap. No. 1. 1912.*

Bei fünf Fällen von Bronchialasthma ist zweimal Besserung, dreimal temporäre, mehrere Monate lang andauernde Heilung beobachtet worden. POLYAK.

16) **L. Mayet. Die Anwendung des Menthols bei kleinen Kindern ist gefährlich. (Le menthol chez les jeunes enfants est dangereux.)** *La Province médicale. No. 7 u. 8. 1911.*

In dem ersten mitgetheilten Fall hatte der Vater selbst (Guerra y Estapé) dem einmonatigen Säugling wegen einer acuten Rhinitis eine 1proc. Menthollösung

in die Nase geträufelt; das Kind wurde schwer asphyktisch, konnte aber gerettet werden. In einem zweiten Fall, den Gomet mittheilt (Revue médicale de la Franche-Comté. 1911. No. 1) hatte die Mutter nach ärztlicher Anweisung bei dem gleichfalls einen Monat alten Säugling ein linsengrosses Stück 2proc. Mentholvaselin in die Nase eingeführt. Unmittelbar darauf wurde das Kind dyspnoisch, und nach ca. 10 Minuten trat Exitus ein. Ein weiterer Fall betrifft das Kind eines Pariser Arztes Ruffier, dem der Vater etwas Mentholvaselin in die Nase einführte, worauf gleichfalls ein höchst bedrohlicher Zustand mit Convulsionen, Cyanose, Bewusstlosigkeit eintrat. Schliesslich wird noch ein Fall von Arloing (Lyon) berichtet, einen 18 monatigen Knaben betreffend, bei dem nach Instillation weniger Tropfen einer Lösung von 1:30 Mentholöl Spasmus glottidis, Asphyxie und Convulsionen sich einstellten.

GONTIER DE LA ROCHE.

17) **Pujol. Die Gefahren des Menthols bei Säuglingen. (Les dangers du menthol chez les nourrisons.)** *La Province médicale. No. 44. 1911.*

Es handelte sich um ein 13 Monate altes sehr gut entwickeltes Kind, das wegen einer Bronchitis Mentholsalbe in die Nase eingestrichen erhalten hatte; unmittelbar darauf Cyanose, Bewusstseinsverlust, Athmungsstillstand. Erst nach 15 Minuten wurde die Athmung wieder regelmässig.

GONTIER DE LA ROCHE

18) **W. Lublinski** (Berlin). **Die locale Mentholanwendung in der Nase und ihre Gefahr im frühen Kindesalter.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 6. 1912.*

Verf. applicirte einem 11 monatigen kräftigen Kinde aus gesunder Familie mit einem Glasstabe eine kaum linsengrosse Menge 2 proc. Coryfinvaselin in die Nase. Es erfolgte auf reflectorischem Wege ein äusserst heftiger typischer Glottiskrampf, der das Aeusserste befürchten liess. Künstliche Athmung, heisser Schwamm auf die Kehle, Auswischen einer grossen Schleimmenge aus dem Nasenrachenraum. Erst nach $^1/_4$ Stunde war die Gefahr beseitigt. — Verf. referirt aus der Literatur eine ganze Anzahl ähnlicher Zufälle und knüpft daran die Warnung, bei Kindern unter 8 Jahren mit der Application von Menthol und Coryfin vorsichtig zu sein, bei Kindern unter 2 Jahren aber sie gänzlich zu vermeiden.

ZARNIKO.

19) **Curt Kayser** (Strassburg i. E.). **Die Behandlung des Asthma bronchiale und verwandter Zustände mit Calciumsalzen.** *Therap. Monatshefte. März 1912.*

In einem Fall von Heuasthma und in 13 Fällen sonstiger asthmatischer Zustände konnte eine prophylaktische Wirkung erzielt werden. Zur Abnahme der Anfälle genügte ein 3—4tägiger Gebrauch einer 5 proc. Chlorcalciumlösung. Da die Wirkung meist erst nach 3 Tagen eintrat, wurde das Mittel 8 Tage lang verabreicht und zwar 2 stündl. 1 Esslöffel in Milch.

WILH. SOBERNHEIM.

20) **Rudolf Hoffmann** (München). **Calciumsalze bei Bronchialasthma und Heufieber.** *Münch. med. Wochenschr. No. 21. 1912.*

Betrachtungen über die verschiedenen Asthmaformen und den etwaigen Zusammenhang mit Nasenaffectionen. Kritische Erörterung der bisherigen Versuche der Calciumtherapie und Anregung weiterer einschlägiger Versuche.

HECHT.

21) **R. Bugeau. Die allgemeine Anästhesie in der Oto-Rhino-Laryngologie. (De l'anesthésie générale en oto-rhino-laryngologie.)** *Dissert. Paris 1911.*

Für kurzdauernde Eingriffe empfiehlt Verf. das Aethylchlorid mit der Maske nach Camus (abgebildet im Handb. d. spec. Chir. des Ohres etc. 1911. Bd. I. S. 304) und für grössere Operationen vorerst Aethylchlorid und dann Chloroform. — In dem Capitel über die Allgemeinanästhesie bei Operationen in den oberen Luftwegen sollte auch die perorale Tubage nach Kuhn Erwähnung finden.

OPPIKOFER.

22) **Aboulker. Ueber Anwendung der localen Anästhesie in der oto-rhino-laryngologischen Chirurgie. (Application de l'anesthésie locale par voie externe dans la chirurgie oto-rhino-laryngologique.)** *Arch. internat. de laryng. No. 3. 1912. Mai/Juni.*

Zur localen Anästhesie hat Verf. zumeist 1 proc. Cocainlösung verwendet, später erst die Lösung von Schleich. Es werden kurz einige Krankengeschichten aufgeführt und zwar handelte es sich um 2 Caldwell-Luc, 1 Zahncyste, 1 combinirte Stirn- und Kieferhöhleneiterung, 3 Pharyngotomien wegen Neoplasma laryngis et pharyngis, 1 Laryngofissur, und 3 Alcoholinjectionen des oberen Kehlkopfnerven wegen tuberculöser Schlingbeschwerden. Endlich wird ein Fall von Ausschälung einer carcinomatösen Drüse aus dem Carotidenwinkel mitgetheilt. LAUTMANN.

23) **H. Luc** (Paris). **Localanästhesie in der Oto-Rhino-Laryngologie.** *The Laryngoscope. Mai 1912.*

Verf. benutzt für Infiltrationsanästhesie eine Lösung von 1 ccm Novocain auf 100 ccm physiologischer Kochsalzlösung, zu der er im letzten Moment 25 Tropfen Adrenalinlösung hinzufügt. Er betrachtet Morphium als Antidot gegen Cocain und benutzt es sogar präventiv, indem er in jedem Fall von Localanästhesie eine Stunde vor der Operation mindestens 1 cg Morphium einspritzt. Verf. beschreibt auch die regionäre Anästhesie durch Injection in den N. ethmoidalis und in den N. maxillaris superior in Höhe des Ganglion spheno-palatinum. Er schildert die Vorzüge, die der Localanästhesie insbesondere in ihrer Verbindung mit der durch Adrenalin bewirkten Blutleere in der Oto-Rhino-Laryngologie zukommt.

EMIL MAYER.

24) **Ernst Unger** und **Sturmann. Die Verwendung von Saugluft im Operationssaal.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 28. H. 1.*

Die einfachste Anlage zur Erzeugung von Saugluft ist die Wasserstrahlpumpe. Verff. empfehlen die Anwendung der Saugluft im Operationssaal zur Blutleererhaltung des Operationsfeldes, zur Entleerung von Eiteransammlungen, zur Reinigung vielbuchtiger Höhlen in der Otologie und Rhinologie, zur Beseitigung des Schleimes in der Oesophagoskopie und Bronchoskopie. FINDER.

25) **R. Loewenberg** (Berlin). **Rückflussgläser für die ärztliche Praxis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 42. 1911.*

Practische Gläser für Pinselflüssigkeiten. Bezugsquelle: Poncet, Glashüttenwerke A.-G., Berlin, Cöpenickerstr. 54. ZARNIKO.

26) **Marschik** (Wien). **Technisches. (Neue Instrumente.)** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 922. 1912.*

Verf. beschreibt und bildet ab 1. eine selbsthaltende Pincette für die Tonsillectomie und 2. eine Kneifzange für die mittlere Muschel. Lieferant: H. Reiner, Wien IX, van Swietengasse 10. Das erstgenannte Instrument gleicht mit seinen gekreuzten Branchen den bekannten Laboratoriumspincetten für die Deckgläser: sie sperrt sich also von selbst durch Federdruck. Die Zähne der Pincette sind stumpfkantig, um das Mandelgewebe nicht zu zerreissen. Das zweite Instrument, eine ganz schmal gebaute Nasenzange, gestattet die Totalresection der mittleren Muschel auch bei engen Nasen mit Leichtigkeit vorzunehmen. OPPIKOFER.

27) **Reflector nach Lange.** *Med. Klinik. No. 31. 1912.*

Durch Wegfallen eines Segmentes wird das stereoskopische Sehen nur wenig beeinträchtigt. SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

28) **C. Chauveau. Celsius und die Krankheiten der Nase im Zeitalter des Augustus. (Celse et les maladies nasales au siècle d'Auguste.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXII. No. 2. 1912.*

Fortsetzung der Artikelserie über die Geschichte der Oto-Rhino-Laryngologie. Leider sind alle citirten Stellen ohne bibliographische Angaben, so dass eine Controle nicht leicht ist. Wo ausnahmsweise eine solche Angabe vorhanden ist, ist sie unvollständig. LAUTMANN.

29) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die nasalen Reflexneurosen und ihre Behandlung.** *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 18. 1910.*

Verf. bespricht zuerst die normalen physiologischen Reflexvorgänge, sodann die nasalen Reflexneurosen. Verf. steht persönlich auf dem Standpunkt, dass ein nasaler Reflex dann zur Auslösung kommt, wenn zwei Seiten des Naseninnern mit einander in Berührung treten. Die Behandlung muss an zwei Punkten einsetzen: die psychopathische Disposition zu beseitigen und die nasale Ursache auszurotten. In Bezug auf letztere Indication, die er des Näheren bespricht, warnt Verf. vor einem Zuviel der operativen Behandlung. Bei Asthma nasale in Folge Bildung von die Nase ganz ausfüllenden Polypen hat Verf. gesehen, dass unmittelbar, nachdem so viel Polypen, wie in einer Sitzung möglich, entfernt waren, ein starker Asthmaanfall auftrat; er hat gefunden, dass das Asthma prompt unterdrückt werden kann, wenn nach der Operation beide Nasenhälften fest tamponirt werden, so dass er auch bisweilen ohne Operation die feste beiderseitige Nasentamponade gegen das Auftreten von Asthmaanfällen verwendet. Bei Asthmakindern legt Verf. Werth darauf, erst die Nase ideal frei zu machen und dann erst, wenn nöthig, eine eventuell vorhandene Tonsilla pharyngea zu operiren. Als Verfechter der nasalen Reflextheorie stellt Verf. den Satz auf, dass die Reflexneurose, wenn sie nur frühzeitig zur Behandlung kommt, mit mathematischer Genauigkeit durch nasale Localtherapie zu heilen ist. FINDER.

30) **P. Bonnier. Die nasobulbären Zonen. (Les secteurs naso-bulbaires.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 2. 1912.*

Auf der Nasenschleimhaut giebt es eine Reihe von Centren, von denen aus auf dem Wege der Medulla oblongata der Reflex des Niesens, Hustens, Thränens etc. beeinflusst werden kann. Seit 5 Jahren hat Bonnier über 60000 Cauterisationen der Nasenschleimhaut gemacht und so die Ueberzeugung gewonnen, dass eine leichte Stichelung genügt, um mit einem Male Störungen zum Schwinden zu bringen, die seit Jahren bestehen. Diese Centren sind von hinten nach vorn auf der lateralen Wand der Schleimhaut so gelegen, wie sie entsprechend in der Medulla von unten nach oben gelegen sind. Auf einem Schema hat Verf. die verschiedenen Centren aufgetragen, von denen die wichtigsten folgenden Störungen entsprechen: Respirationsstörungen (wie Asthma, Heufieber, Emphysem), Facialisneuralgie (Migräne), Epiphora, Blutdruckschwankungen (Basedow), sexuelle Störungen (Dysmenorrhoe, Spermatorrhoe) Incontinenta nocturna, Hämorrhoiden und intestinale Störungen, Ischias etc. Verf. ist von der wissenschaftlichen Basis und dem praktischen Werthe seiner Untersuchungen überzeugt und glaubt bestimmt, dass sie eines Tages zu den classischen Lehren gehören werden. LAUTMANN.

31) **Seifert** (Würzburg). **Kritische Studien zur Lehre vom Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorganen.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 431. 1912.*

Die umfangreiche Literatur über den Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorgane, umfassend 296 Arbeiten, unterzieht Verf. einer Kritik und kommt dabei im Wesentlichen zu folgenden Schlüssen: 1. Viele Erscheinungen sprechen für einen directen, gesetzmässigen Nervenzusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorganen. Den Weg einer solchen Nervenbahn kennen wir nicht. Anhaltspunkte dafür geben uns gewisse frappante anatomische und physiologische Uebereinstimmungen zwischen bestimmten Theilen der Nase und der Genitalien. 2. Allgemeine circulatorische und mechanische Verhältnisse scheinen bei den objectiv wahrnehmbaren nasalen Erscheinungen im Gefolge sexualer Zustände und Functionen einen mehr oder weniger grossen und modificirenden Einfluss zu haben. 3. Zahlreiche pathologische Zustände (unter welche viele Menstruationsanomalien, sowie oft die Hyperemesis gravidarum zu rechnen sind) erklären sich durch die Annahme einer echten nasalen Reflexneurose oder einer schon bebestehenden Nasenschwellung mit deren localen und allgemeinen Folgen. 4. Die Fliess'sche Theorie mit ihren verschiedenen Zusätzen ist unhaltbar. Die activen Beeinflussungen von der Nase aus erklären sich grösstentheils durch Suggestionswirkung, durch eine individuell verschieden starke Cocaineuphorie, durch die Aufhebung der nasalen Summanden einer nasalen Reflexneurose, durch die Hebung des Allgemeinbefindens in Folge der Schaffung einer freien Nasenathmung und der Beseitigung einer nasalen Stauung.

Am Schlusse der Arbeit berichtet Verf. über eigene nasale Untersuchungen bei Frauen zur Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (56 Fälle) und über den Cocainversuch bei Wehenschmerzen. Die Untersuchungen ergaben im Ganzen ein negatives Resultat. Namentlich konnte Verf. eine Anschwellung

der Schleimhaut vor Beginn der Wehen nicht constatiren; auch verschwand der Wehenschmerz in der Eröffnungsperiode durch die Cocainpinselung nicht.

OPPIKOFER.

32) J. F. Taylor. **Dysmenorrhoe nasalen Ursprungs. (Dysmenorrhoea of nasal origin.)** *Atlantic journal record of med. Februar 1912.*

Der mitgetheilte Fall betrifft eine 35 Jahre alte Multipara mit schwerer Dysmenorrhoe, welche nach Curettage und Oophorectomie wegen Ovarialcyste nur schlechter wurde. Nach submucöser Resection des Septums sehr erhebliche Besserung.

EMIL MAYER.

33) J. Sedziak. **Ueber günstigen Einfluss der nasalen resp. der nasal-pharyngealen Eingriffe auf den Exophthalmus und die Struma. Ein Beitrag zur Heilung der Basedow'schen Krankheit. (O wptywie dedatnim zabiegów nosowych, wzgl. nosogardtowych, na wysadrenie gatek oczuych etc.)** *Nowiny Lek. II. 1912.*

Verf. erwähnt 6 Fälle, in denen er theils bei der Gesammtheit der Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit, theils bei einzelnen Symptomen (Exophthalmus) Eingriffe in der Nase oder Rachen (Tonsillotomia), galvanocaustische Furchung der Nasenmuscheln, Excision der adenoiden Vegetationen anwandte. In allen oben von ihm beschriebenen Fällen hatte der Verf. in kurzer Zeit eine Verringerung oder sogar ein völliges Verschwinden der verschiedenen Erscheinungen wie Struma, Tachycardia, Exophthalmus etc. erreicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

34) Sedziak. **Ueber die Beeinflussung des Exophthalmus und der Struma durch nasale und pharyngeale Operationen. Beitrag zur Behandlung des M. Basedowii. (De l'influence positive des opérations nasales et nasopharyngéennes sur l'hypertrophie de la glande thyroide.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 1. 1912.*

Der Autor kennt nur eine kleine Anzahl von Fällen, in denen der Morbus Basedowii durch endonasale Operationen geheilt worden ist. Nachdem er dieselben kurz resumirt hat, führt er seine Fälle an: Ein Fall von ausgesprochenem Basedow durch Galvanocauterisation der beiden Muscheln geheilt. Ein Fall von hypertrophischer Rhinitis mit Basedow und ein Fall von Ozaena mit Basedow bei einer 26 resp. 45jährigen Patientin durch Vibrationsmassage der Nase geheilt. Endlich drei Fälle von Exophthalmus bei je einem 5, 8 und 13jährigen Knaben durch Adenotomie geheilt.

LAUTMANN.

35) Greenfield Sluder. **Nasale Vacuumkopfschmerzen ausschliesslich mit Augensymptomen. (Vacuum nasal headaches with ocular symptoms only.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. März 1912.*

Der Kopfschmerz ist gewöhnlich ein frontaler. Er ist häufig schon beim Aufstehen vorhanden, nimmt aber zu, wenn die Augen gebraucht werden. Der Schmerz erreicht niemals die Intensität des bei Empyem vorhandenen. Gelegentlich geben die Patienten an, „das Schnauben sei bisweilen von einem quietschenden Geräusch“ und der Empfindung begleitet, als ob „Luft in das Gehirn ströme“;

bald darauf trete eine wesentliche Erleichterung der Beschwerden auf. Das Mittel, das auch in hartnäckigen Fällen hilft, ist die Abtragung der mittleren Muschel. Dies allein legt den Eingang zur Stirnhöhle frei. Die Prognose dieser operirten Fälle ist verschieden, je nach dem mikroskopischen Befund der entfernten Muschel. Ist ausgesprochene periostale Verdickung und Activität des Knochengewebes vorhanden, so wird in 2—5 Jahren in Folge Annäherung der Bulla an den Proc. uncinatus der Eingang wieder so weit verengt sein, dass die alten Beschwerden während und nach einem Schnupfen wieder eintreten.

EMIL MAYER.

36) **Struycken** (Breda). **Die transantrale Alkoholeinspritzung bei Neuralgien des Trigeminus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 661. 1912.*

Nach Pantopon-Scopolamineinspritzung und unter Benutzung einer leichten Chloroformnarkose eröffnet Verf. das Antrum von der Fossa canina aus und verfolgt den Nervus infraorbitalis durch Wegmeisseln an der hinteren oberen Wand der Kieferhöhle zwischen den Musc. pterygoidei bis an das Foramen rotundum. Mit einer langen knieförmig gebogenen Nadel wird dann ins Foramen rotundum 0,5—5 cm tief eingestochen und langsam 0,5—0,75 ccm 80 proc. Alkohols eingespritzt. Zum Schluss wird der zweite Ast herausgezogen. Nach der Einspritzung trat bei den Patienten des Verf. allmählich eine völlige Anästhesie auch des dritten und zum Theil auch des ersten Astes auf, während der motorische Theil des Nerven ungeschädigt blieb: es wird also durch die tiefe Alkoholinjection auch das Ganglion mitbetroffen.

In der Arbeit fehlt die wichtige Angabe, wie oft das Verfahren zur Ausführung kam und welches der spätere Verlauf bezüglich der Dauerheilung war.

OPPIKOFER.

37) **H. Zwillinger** (Budapest). **Zur Frage der auf dem Wege der Lymphbahnen entstehenden intrakraniellen Complicationen nasalen Ursprungs.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 675. 1912.*

Von verschiedenen Autoren, deren Resultate Verf. kurz erwähnt, ist der Beweis erbracht worden, dass die Lymphwege des oberen Abschnittes der Nasenhöhle mit den perimeningealen Lymphgefässen zusammenhängen. Auch ist es bereits mehreren Autoren durch den Sectionsbefund und nachfolgende genaue histologische Untersuchung gelungen, nachzuweisen, dass die Propagation des infectiösen Materials von der Nasenhöhle in die Schädelhöhle und die dadurch entstandene intracranielle Entzündung auf dem Wege der Lymphbahnen stattgefunden hat. Bei all den rhinologischen intracraniellen Complicationen, bei denen der Weg der Ausbreitung der Nasenhöhle auf das Gehirn nicht ohne Weiteres klar ist, sollten nicht nur die perforirenden Venen, sondern auch die Lymphbahnen genau untersucht werden.

OPPIKOFER.

38) **D. Dörner** (Budapest). **Experimentelle Beiträge zur Gehirnpunction.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 528. 1912 u. Orvosi hetilap. Nr. 22. 1912.*

Verf. bespricht vorerst die Gefahren der Hirnpunction (Möglichkeit einer Verletzung der grossen centralen Ganglien, des Seitenventrikels, grosser Gefässe,

Möglichkeit einer Verschleppung virulenter Keime, Möglichkeit eines Hirnprolapses). Um bei der Punction die Gefahr einer Infection des Subduralsackes herabzusetzen, hat man versucht durch Auflegen von Reizmitteln auf die Hirnhaut künstlich den Subduralsack zu vollkommenem Verschluss zu bringen. So fand Miodowski bei Hunden nach Auflegen von Jodtincturtampons auf die Hirnhaut nach 4 Tagen junges Granulationsgewebe zwischen der Dura und der Arachnoidea und nach 17 Tagen ziemlich ausgedehnte Adhäsionen. Verf. hat nun diese Versuche von Miodowski nachgeprüft; er legte bei Hunden die Dura frei und bepinselte sie mit Jodtinctur oder liess mit Jodtinctur durchtränkte Tampons auf der Hirnhaut liegen. Bei denjenigen Hunden, bei denen die Dura nur mit Jodtinctur bepinselt wurde, ergab die nachträgliche mikroskopische Untersuchung keinen Verschluss des Arachnoidealsackes und in denjenigen Fällen, bei denen Tampons von Jodtinctur aufgelegt worden waren, sah er Necrose der Dura auftreten. Verf. möchte deshalb bei Menschen die Jodtinctur zum Zweck, den Arachnoidealraum zum Verschluss zu bringen, nicht besonders empfehlen.

Im Ferneren hat Verf. geprüft, welche Punctionsmethode des Gehirns die geringsten Verletzungen macht; er nahm bei Hunden — im Ganzen nur 5 Fällen — Hirnpunction vor mit dem Scalpell, mit der stumpfen von Reinking empfohlenen Hohlnadel, mit dem Messer und nachfolgender Dilatation mit der Pincette. Wie zu erwarten war, fand er bei der mikroskopischen Untersuchung die geringfügigsten Veränderungen bei Punction mit der dünnen Nadel und die stärksten Veränderungen bei der Punction mit dem Messer und nachfolgender Dilatation. Da die dünne Hohlnadel sich leicht verstopft, so empfiehlt Verf. die von Reinking empfohlene breite, mit Mandrin versehene Hohlnadel zur Punction.

OPPIKOFER.

39) **J. Markbreiter** (Budapest). **Ueber die bei Nasen- und Nasennebenhöhlenkrankheiten vorkommenden Gesichtsfeldveränderungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 589. 1912.*

Verf. giebt eine Literaturübersicht über das Vorkommen von Gesichtsfelddefecten bei Nasen- und Nebenhöhlenerkrankung. Verf. hat auch selbst in dieser Richtung Untersuchungen vorgenommen; doch betrachtet er sein Material noch zu klein und will deshalb bei den verschiedenen Nasenerkrankungen und Eiterungen der Nasennebenhöhlen weitere Untersuchungen vornehmen.

OPPIKOFER.

40) **J. van der Hoeve** (Utrecht). **Vergrösserung des blinden Fleckes als Initialsymptom von Retrobulbärleiden, namentlich bei Erkrankung der hinteren Nasennebenhöhlen. (Vergrooting van de blinde vlek als beginverschijnsel van retrobulbaire aandoening van de gezichtszenuw, voornamelijk bij ziekten van de achterste bijholten van de neus.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. 15. 1910.*

Als neues Symptom bei hinterer Nebenhöhlenentzündung hat Verf. 1909 Vergrösserung des blinden Fleckes für Weiss und für Farben beschrieben. Nach der ersten einschlägigen Beobachtung hat er weitere 7 Fälle untersucht, und zwar 4 Fälle von Entzündung der hinteren Nebenhöhlen und einen von Entzündung der

Kieferhöhle, in welchen das Symptom vorhanden war. In keinem Fall von Sinusitis posterior fehlte dasselbe. Augenhintergrund in der Regel normal. Die Behandlung der erkrankten Nebenhöhlen hatte immer einen günstigen Einfluss auf die Skotome. In den beiden unbehandelten Fällen vergrösserten sich die Skotome rasch. Die Opticusaffection zeigte sich sowohl bei eitrigen als bei chronischen hyperplastischen Processen. Es dürfte also in sämmtlichen zweifelhaften Fällen von hinterer Nebenhöhlenentzündung angezeigt sein, auf die event. Anwesenheit des Symptoms zu fahnden.

Das Symptom zeigt sich auch bei andern retrobulbären Opticusleiden.

H. BURGER.

41) **E. Grósz** (Budapest). **Fall von geheilter Neuritis retrobulbaris nasalen Ursprungs.** *Verh. des königl. Vereins der Aerzte in Budapest. No. 4. 1912.*

Lues seit 12 Jahren. Schnupfen und linksseitige Kopfschmerzen seit 5 Jahren häufig, zuletzt seit 2 Monaten; einige Tage später Abnahme der Sehkraft links. Bei der Durchleuchtung Schatten in der linken Kieferhöhle. Nase mit trockenen Borken ausgefüllt, Septum perforirt. Heilung auf Quecksilber-Jodkur.

Verf. meint, dass die Neuritis retrobulbaris durch die luetische Affection der Nase verursacht wurde. Ref. vermisst die Erklärung dafür, warum der Fall nicht als eine Neuritis luetica oder überhaupt als eine luetische Localerkrankung im Verlaufe des Opticus gelten kann?

POLYAK.

42) **Della Vedova. Die Nasennebenhöhlen des Menschen zur Zeit ihrer Anlage und zur Zeit der Geburt. (Les sinus accessoires des fosses nasales chez l'homme à leur période de développement et à l'époque de la naissance.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 1.*

Auf dem Oto-Rhino-Laryngologen-Congress in Rom 1911 vorgetragen. 9 Figuren. Kurze Bibliographie.

LAUTMANN.

43) **H. Illig. Ueber den histologischen Aufbau der Schleimhaut der Nebenhöhlen der Nase bei den Haussäugethieren.** *Dissert. Giessen 1910.*

Aus dem Text und den Zeichnungen geht hervor, dass die Nebenhöhlenschleimhaut bei den Säugethieren (Pferd, Rind, Schaf, Schwein, Hund) sich mikroskopisch von derjenigen des Menschen in keinem wesentlichen Punkte unterscheidet.

OPPIKOFER.

44) **De Forest P. Willard. Bismut-Vaselinpasta zur Behandlung der chronischen Sinusitis. (Bismuth Vaselin paste in treatment of chronic sinusitis.)** *The therapeutic Gazette. 15. November 1911.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s hat keine nicht-operative Behandlung der chronischen Nebenhöhleneiterungen so gute Resultate, wie die hier in Frage stehende.

EMIL MAYER.

45) **A. Peyser** (Berlin). **Die Verwendung regulirbarer Dauersaugwirkung bei Nasenleiden.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 29. 1911.*

Der vollkommenste Apparat, um für unsere Zwecke einen regulirbaren negativen Druck zu erzeugen, ist der von Martens (Deutsche med. Wochenschr., No. 4, 1909) beschriebene, den die Oxygenia-Ges. (Berlin, Schiffbauerdamm 15)

liefert. — Verf. verwendet diesen Apparat zur Diagnose von Nebenhöhlenentzünduugen (um festzustellen, ob überhaupt eine solche verhanden ist und welche Nebenhöhlen krank sind) und therapeutisch zur Absaugung von Secret und zur Erzeugung von Hyperämie. Verf. ist es nie gelungen, Nebenhöhlensecret nach der gesunden Seite herüberzusaugen. Er ist überzeugt, dass man eine Kieferhöhle bis auf minimale Spuren wirklich leersaugen kann und dass sich in einer entzündeten Höhle. Hyperämie der Auskleidung erzeugen lässt. In keinem Falle, in dem der Saugversuch negativ ausfiel, hat sich nachträglich eine Nebenhöhlenentzündung herausgestellt. Wichtig ist die Saugmethode für die Localisation der Entzündung und die Beurtheilung des Eiters. In therapeutischer Hinsicht glaubt Verf., dass sich eine Hyperämie der Nebenhöhlen leichter durch die Saugmethode als durch das Brünings'sche Kopflichtbad erzielen lasse. Bei chronischen Entzündungen ist die Absaugung der Secrete nach der Operation nützlich (Walb u. Horn). Die Behandlung der Ozaena mit Saugung hat Verf. aufgegeben, dagegen hat er gute Erfolge bei Hyperästhesie und Parästhesien der Nase und bei Katarrhen des Tubenostiums gesehen.

ZARNIKO.

46) **Hill Hastings. Mucocele der Nasennebenhöhlen. Bericht über drei Fälle nebst einer Tabelle über 37 Fälle. (Mucocele of the nasal accessory sinuses, with tabulation of thirty-seven cases.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. September 1911.*

Die drei mitgetheilten Fälle betreffen Mucocele des Siebbeins resp. der Oberkieferhöhle resp. der Stirnhöhle. Es scheint, dass der Erfolg der Operation davon abhängt, dass eine breite Drainage nach der Nase angelegt wird. Incision von aussen allein scheint ohne Wirkung zu sein, da Recidive auftreten. Es scheint nicht nothwendig, die Schleimhaut der Höhle mitzuentfernen, was insofern günstig ist, als dadurch prolongirte Nachbehandlung und Narbendepressionen (bei den Frontalfällen) vermieden werden. In den Fällen von Mucocele des Siebbeins genügt die Entfernung des in den mittleren Nasengang sich vorwölbenden Cystentheils, ohne dass eine Operation von aussen nothwendig würde. Wird aber die Nase normal gefunden, wie in manchen Fällen, so ist natürlich die orbitale Schwellung der Angriffspunkt. Es kann dann, wie in einem der Fälle des Verf.'s die ganze Cystenwand einschliesslich des nasalen Antheils entfernt werden, wodurch eine vollkommene Drainage gewährleistet wird, und die Orbitalwunde sofort geschlossen werden. In den Frontalfällen muss, ausser dass die Orbitalschwellung in Angriff genommen wird, auch gute Drainage nach der Nase zu geschaffen werden. In den seltenen Fällen von Mucocele des Antrum Highmori räth Verf. die Eröffnung am unteren Nasengang zu versuchen, bevor man sich zur Operation an der Fossa canina entschliesst.

EMIL MAYER.

47) **Gallemaerts. Mucocele der Stirnhöhle. (Mucocèle du sinus frontal.)** *Société belge d'ophthalmologie. 28. April 1912.*

Der Tumor hatte sich seit 3 Jahren entwickelt; er hatte die Tabula externa des Stirnbeins und die untere Stirnhöhlenwand vorgewölbt und war in die Orbita vorgedrungen. Die Punction ergab eine bräunliche fadenziehende Flüssigkeit.

M. PARMENTIER.

48) E. Hamaona. **Ueber die Mucocele der Stirnhöhle. (Des mucocèles du sinus frontal.)** *Dissert. Paris 1911.*

Mittheilung eines Falles und Besprechung des Krankheitsbildes.

OPPIKOFER.

49) **Wagener** (Giessen). **Zur Behandlung der Mucocele.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 37. S. 1728. 1911.*

Mucocelen des Siebbeins sollem im Anfangsstadium womöglich intranasal breit eröffnet werden. Dann geht der verdrängte Augapfel nach Entleerung der Cyste spontan in seine normale Stellung zurück. ZARNIKO.

50) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber die Diagnose und Therapie der zu oculoorbitalen Symptomen führenden Nasennebenhöhlenerkrankungen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 35. 1911.*

Referirender Vortrag in der British med. association in Birmingham.

ZARNIKO.

51) **F. Marsh** (Birmingham). **Fälle von Verletzungen der Augenhöhle und des Sehnervs bei endonasalen Operationen einschl. der Ethmoidalregion.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 593. 1912.*

Fall 1. Eine halbe Stunde nach endonasaler Siebbeineröffnung in Folge heftigen Schnäuzens Emphysem in beiden Augenlidern. Heilung.

Fall 2 u. 3. Einseitige dauernde Erblindung sofort nach Entfernen der mittleren Muschel. Diese 2 Fälle waren anderwärts operiert worden.

OPPIKOFER.

52) **A. Malan. Ethmoiditis suppurativa mit Fistelbildung am Processus frontalis des Oberkiefers. (Etmoidite suppurata fistolisata in corrispondenza del processo frontale del mascellare superiore.)** *Bollet. mal. orecchio, della gola etc. Juli 1912.*

Die Siebbeineiterung hatte zu einem endoorbitalen Abscess geführt, indem eine Fistelbildung durch den Proc. nasalis des Oberkiefers hindurch entstanden war. Es wurden von der Orbita aus nach der Methode von G. Laurens die Siebbeinzellen eröffnet, worauf Heilung erfolgte. CALAMIDA.

53) **Ivanoff. Ueber die fronto-ethmoidale Trepanation.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 265. 1912.*

Verf. berichtet über 23 Fälle chronischer Stirnhöhleneiterung, die er meist, aber nicht ausschliesslich nach der Killian'schen Methode operirt hat. Aus den Operationsresultaten, die auf S. 288 zusammengestellt werden, geht hervor, dass leider auch die radikalen Eingriffe nicht immer Heilung bringen und nach Jahren noch Recidive möglich sind. In einem Falle stellte sich im Anschluss an die Operation Pyämie ein, mit Ausgang in Heilung.

Verf. möchte „Radikaloperation“ durch „frontoethmoidale Trepanation“ ersetzen, um deutlich zum Ausdruck zu bringen, dass bei der chronischen Stirnhöhleneiterung regelmässig auch die Siebbeinzellen miterkrankt sind.

OPPIKOFER.



54) **Rueda** (Madrid). **Ein Fall von linksseitiger Stirnhöhlen-Siebbeineiterung. (Un caso de sinusitis fronto-etmoidal isquierde.)** *Arch. de oto-rino-laringologia. Juni 1910.*

Der Sinus war sehr gross; es bestand Caries des Orbitalrandes mit Perforation. Resection der oberen und unteren Wand und des incompleten Septums; Ausräumung des Siebbeins, Verlängerung der nasalen Incision, Resection eines Theiles des Nasenbeins und der Proc. nasal. des Oberkiefers. Heilung; jedoch bleibt der Bulbus leicht nach links deviirt.

TAPIA.

55) **Lindt** (Bern). **Erfahrungen bei der Radicalbehandlung von Eiterungen der Stirn- und Siebbeinhöhlen seit dem Jahre 1902.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. 1912.*

Die Killian'sche Radikaloperation giebt bei richtiger Ausführung die besten Resultate. Bei begleitender Kieferhöhleneiterung Operation nach Caldwell-Luc, Fortnahme der facialen Wand und Resection eines grossen Stückes der nasalen Wand. Das kosmetische Resultat kann durch Paraffin verbessert werden.

SEIFERT.

56) **L. Polyák** (Budapest), **Stirnhöhleneiterung, epi- und subdurale Abscessbildung, Meningitis mit tödtlichem Ausgange.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 607. 1912.*

Die Stirnhöhleneiterung war bei dem 22 Jahre alten Studenten, nach der Anamnese zu schliessen, acuter Natur gewesen, seit 4 Tagen bestehend. Trotz sofortiger Eröffnung der Stirnhöhle und Freilegen der mit Eiter bedeckten Dura nahmen die meningealen Symptome zu, und trat bereits am 6. Tage der Exitus ein. Eine Section wurde nicht vorgenommen.

OPPIKOFER.

57) **M. Denis. Behandlung der Stirnhöhleneiterung auf endonasalem Wege. (Traitement des sinusites frontales par voie endonasale.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 6. 1912.*

Es wird von D. die Technik seines Lehrers Vacher auf das Genaueste beschrieben. Nach Auseinandersetzung der nöthigen anatomischen Details wird das Instrumentarium beschrieben, an dem eigentlich neu nur die geriefte Sonde Vacher's ist. Diese muss man in 3 Stärken besitzen. Nach Sondirung der Stirnhöhle wird die dünnste geriefte Sonde in den Sinus eingeführt und dann von oben nach unten mit Druck gezogen, wobei die geriefte Fläche nach vorne schaut. Wenn der Sinus nicht sondirt werden kann, so wird die Sonde gegen den Stirnhöhlenboden unten angedrückt und dann von unten nach oben und aussen gedrückt, bis das dünne Gebälk durchdrückt ist. Verf. giebt einige Krankengeschichten wieder. Die Erfolge, die Vacher und er erzielt haben, sind gute. Die Methode ist trotz ihres gefährlichen Aussehens als vollkommen ungefährlich zu betrachten, wenn man sich streng an die Vorschriften Vacher's hält und die Topographie des Stirnhöhlenbodens kennt. In der historischen Einleitung hat Verf. die Arbeiten Halle's über das ähnliche Thema nicht erwähnt.

LAUTMANN.

58) **Sieur** und **Rouvillois. Untersuchungen über die Entwicklung der Nasenrachenhöhle. (Essai sur le développement embryologique de la cavité nasopharyngienne.)** *Arch. internat. de laryng. No. 2 u. 3. 1912.*

Die Autoren versuchen eine zusammenhängende Darstellung der Entwicklung der Nasenrachenhöhle auf Grund der verschiedenen zerstreuten Veröffentlichungen zu geben. Es wird zunächst die primitive Nasenmundhöhle und die Entwicklung des Nasenmundrachen-Schlauches beschrieben. Hierauf wird die eigentliche Nasenhöhle und der Nasenrachen gesondert besprochen. In einem dritten Capitel wird besonders die Entwicklung der verschiedenen Divertikel des Nasenrachenraums untersucht wie Hypophysis, Rachenmandel, Eustach'sche Röhre und Rosenmüller'sche Grube. Offenbar setzen die Autoren diese Dinge als bekannt voraus. Auf die letzten Mittheilungen wird nicht genauer eingegangen. Endlich wird im Schlusscapitel der Aufbau des den Nasenrachen umgebenden Sceletes besprochen. Zum Verständniss vieler congenitaler Missbildungen sind solche Studien von grossem Werthe. Eine eigene Bibliographie fehlt, die meisten Arbeiten sind im Text und namentlich in den vielen Noten erwähnt.

LAUTMANN.

59) **Oertel** (Dresden). **Zur endoskopischen Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.** Aus der Abtheilung für Ohren- und Halskrankheiten des Stadtkrankenhauses Johannstadt in Dresden. Dirig. Arzt: Dr. A. Hoffmann. *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1912.*

Das von Hays angegebene und von Schmuckert modificirte Pharyngoskop verbesserte Autor bezüglich Schutzhülse und Glasfenster, so dass das Instrument jetzt allen Anforderungen an Sicherheit, Sterilisirbarkeit und Durchsichtigkeit der Fenster genügt. Um sich über die Verwendbarkeit des Pharyngoskopes, seine Vorzüge und Nachtheile gegenüber der üblichen Spiegeluntersuchung des Nasenrachenraumes und Kehlkopfes ein eigenes Urtheil bilden zu können, untersuchte Autor eine grosse Reihe Patienten ohne jede Auswahl sowohl quoad Alter und Geschlecht, wie auch bezüglich Art der Erkrankung. Er kommt gleich anderen Autoren zu dem Schluss, dass die Ausführung der Nasenrachen- und Kehlkopfuntersuchung mit dem Pharyngoskop dem geübten Praktiker die gleichen Schwierigkeiten bereitet, wie die Spiegeluntersuchungen, dass ausserdem durch den optischen Apparat die Bilder — je nach Entfernung von demselben — verzeichnet erscheinen und Farbenunterschiede durch das gleichmässig rothe Licht des Endoskops verlorengehen, so dass hierdurch die Diagnosenstellung erschwert werde. Dazu kommt noch für den Praktiker die Schwierigkeit, jeder Zeit elektrischen Strom zur Verfügung zu haben. Aus all' diesen Gründen und unter Berücksichtigung des hohen Preises (80 Mk.) kann dem Praktiker nicht zur Anschaffung des Apparates gerathen werden. Für den geübten Specialisten dagegen ist er überflüssig, da in den Fällen, in denen eine Spiegeluntersuchung nicht zum Ziele führt, auch das Pharyngoskop versagt; im Gegentheil, in vielen Fällen kommt man noch mit dem Spiegel zu einer Diagnose, in denen das Pharyngoskop keinen Einblick ermöglicht. Ausserdem schliesst der Gebrauch des Pharyngoskopes eine gleichzeitige Sonderuntersuchung aus. Dagegen ist bei Auswahl geeigneter Fälle das Pharyngoskop für Unterrichtszwecke sehr brauchbar.

HECHT.

c) Mundrachenhöhle.

60) **Aviérinos** (Marseille). **Behandlung der Leukokeratosis bucco-lingualis. (Traitement de la leukokeratose bucco-linguale.)** *Presse médicale. 19. Juni 1912.*

Verf. giebt an, sehr gute Resultate erzielt zu haben mit täglichem Betupfen mit einer Lösung von

Cupr. sulf. 2,0
Aq. dest.
Glycerin ana 10,0

Dies wird monatlich 20 Tage hindurch durchgeführt. GONTIER DE LA ROCHE.

61) **Comby** (Paris). **Die Scrotalzunge bei Kindern. (La langue scrotale chez les enfants.)** *Arch. de médecine des enfants. März 1912.*

Uebersichtsartikel. Verf. hat nicht Eindruck, dass es sich, wie behauptet worden ist, um eine Affection syphilitischen Ursprungs handelt.

GONTIER DE LA ROCHE

62) **Broeckaert. Ein seltener Zungentumor. (Une tumeur rare de la langue.)** *Annales de la société belge de chirurgie. 24. Januar 1912.*

Alveolärer plexiformer Tumor, ohne Zweifel epithelialen, nicht endothelialen Ursprungs, ein Adenosarkom. M. PARMENTIER.

63) **Martin F. Engman. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Journal amer. med. assoc. 23. März 1912.*

Die Diagnose wurde nach dem klinischen Aussehen gestellt, aber nicht durch eine Probeexcision zu erhärten gesucht. Die Behandlung bestand in Röntgenbestrahlung. Seit 9 Jahren besteht völlige Heilung. EMIL MAYER.

64) **Echtermeyer** (Berlin). **Inoperables Carcinom des Zungengrundes durch Adrenalininjectionen gebessert.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 34. 1911.*

Krankenbericht über einen Fall, der in desolatem Zustande mit apfelgrossem Zungenbasiscarcinom, pflaumengrossen Drüsenmetastasen, ausgeprägter Kachexie in die Behandlung trat und durch Adrenalinjectionen (vergl. Sitzung der Berl. laryngol. Ges. vom 7. April 1911) derart gebessert wurde, dass er wieder feste Speisen geniessen konnte, 14 Pfund an Gewicht zunahm, frei athmete und einen gesunden Eindruck machte. ZARNIKO.

65) **Skat Baastrup** (Kopenhagen). **Ein Fall von Zungensarkom, nebst einer kurzen Zusammenfassung der bisher erschienenen Fälle.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Der Fall betrifft einen 48 Jahre alten Mann, der auf der rechten Seite der Zungenbasis einen wallnussgrossen breitbasigen Tumor trägt, der mit der Umgebung keine Verwachsung zeigt, von fester Consistenz, glatter Oberfläche, ohne Ulcerationen ist. Drüsenschwellung ist nicht vorhanden. Der Tumor wird im gesunden Gewebe exstirpirt und charakterisirt sich histologisch als polymorphzelliges Sarkom. W. SOBERNHEIM.

66) **Philip W. J. Moxom. Symptomatische Parotitis. (Symptomatic Parotitis.)** *New York med. journ. 11. November 1911.*

In dem mitgetheilten Fall sind folgende Punkte von besonderem Interesse: Das Alter des Patienten (70 Jahre), die Beiderseitigkeit der Schwellung und Uebergang in Eiterung nur auf einer Seite, das Mitbefallensein der übrigen Speicheldrüsen, das Auftreten der Parotitis nach Ablauf einer Appendicitis. Im Gegensatz dazu, dass eine secundäre Parotitis gewöhnlich als ein ungünstiges Zeichen betrachtet wird, trat hier völlige Heilung ein. EMIL MAYER.

67) **H. Zade** (Immigrath). **Ein Beitrag zur Polymorphie der Parotitis epidemica mit besonderer Berücksichtigung secundärer Meningitiden.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. H. 4—6.*

12jähriger Knabe erkrankte mit Schmerzen in der Appendixgegend, Erbrechen, Schüttelfrösten und Angina, keine Hirnsymptome, ausser einer am zweiten Krankheitstage eintretenden Verminderung der Pulszahl; nach 2 Tagen unter hohem Fieber Eintritt einer rechtsseitigen Parotitis. Erst einige Tage danach deutliche Symptome von Meningitis, die dann in 10 Tagen abheilte. Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. FINDER.

68) **J. W. M. Indemans** (Maastricht). **Speichelsteinbildung. (Speekselsteenvorming, Ptyalythiasis.)** *Verhandl. XV. Flämischer Congress für Naturwissenschaft und Medicin, Ostende 1911.*

Patient, ein 43jähriger Mann, bekam plötzlich Spannung und Trockenheit in der linken Mundhälfte mit schmerzhafter Steifigkeit entlang dem linken Kiefer. Die Schmerzen nahmen zu; Schüttelfröste stellten sich ein; Schwellung des Mundbodens links; Dysphagie. Verf. fand eine schmerzhafte Schwellung, welche den ganzen Sulcus alveolo-lingualis ausfüllte; nirgends eine erweichte Stelle. Die Schwellung sass genau in der Gegend der Glandula submaxillaris. Bei der Palpation kam ein spindelförmig zugespitzter Stein, 14 mm lang, 4 mm dick heraus. Schwellung und Schmerzen waren fast augenblicklich verschwunden. Das Gewicht des Fremdkörpers betrug 1,5 g. H. BURGER.

69) **D. J. Davis. Bakteriologie und Pathologie der Tonsillen mit besonderer Berücksichtigung der chronischen Gelenk-, Nieren- und Herzkrankheiten. (Bacteriology and Pathology of the tonsils with especial reference to chronic articular, renal and cardiac lesions.)** *Journ. of infectious diseases. März 1912.*

Verf. berichtet über eine Serie von 113 Fällen von Mandelexstirpation, in denen die Mandeln bakteriologisch untersucht wurden. Von diesen Fällen fallen 28 unter die Bezeichnung chronische Arthritis von verschiedenem Typus. In 25 von diesen wurden als vorwaltende Mikroorganismen hämolytische Streptokokken nachgewiesen, in 2 Fällen herrschte der Pneumococcus vor und im letzten Falle der Streptococcus mucosus. In 10 Fällen handelte es sich um Nephritis, leichte und schwere, zweimal hämorrhagische Formen. In 9 von ihnen fanden sich hämolytische Streptokokken; in dem zehnten Fall wurde in den Crypten ein kleiner aerober grampositiver, nicht verflüssigender, nichthämolytischer Bacillus fast in

Reincultur gefunden. Bei 10 Patienten lag Endocarditis vor; fast alle litten zur Zeit an Arthritis oder hatten vorher daran gelitten. Hämolytische Streptokokken wurden in 6 Fällen in grosser Zahl, in den übrigen wurden grosse Mengen Pneumokokken gefunden. Bei 61 Patienten war Tonsillarhypertrophie vorhanden, fast bei allen von ihnen wiederholte Anfälle von Tonsillitis. In 50 von diesen fand sich der hämolytische Streptococcus als vorwiegender Organismus. Diese Streptokokken erwiesen sich als virulent für Ratten und andere Thiere, indem sie sich constant in oder um die Gelenke localisirten und multiple Arthritis hervorriefen. Nur gelegentlich trat Localisation an den Herzklappen auf. Die Arthritis der Thiere kann chronisch werden und Monate lang andauern. Das Exsudat ist zuerst schleimig und wird dann purulent; gewöhnlich enthält es Streptokokken, bisweilen war es steril. Die Bakterienflora auf der Oberfläche der Tonsillen ist gewöhnlich sehr verschieden von der der Crypten. Die Crypten vergrösserter Tonsillen enthalten fast in allen Fällen grosse Mengen virulenter Streptokokken und diese Fälle können als Streptokokkenträger angesehen werden.

EMIL MAYER.

70) **J. J. Pattee. Neue anatomische und chirurgische Betrachtungen über die Tonsille. (A new anatomical and surgical consideration of the tonsil.)** *Colorado medicine. Februar 1912.*

Verf. macht besonders auf das Verhalten der Gaumenbögen aufmerksam: Sind sie einander zu sehr genähert, so bedecken sie die Cryptenöffnungen, verhindern die Drainage ihres Inhaltes und begünstigen die Infection. Kommen sie oben zusammen und bilden einen Recessus, der sich nach oben gegen den Gaumen erstreckt, so kommt es oft zu Peritonsillarabscessen und Cervicaladenitis. Verletzungen des Gaumenbogens bei Operationen machen am häufigsten Blutungen; sie sind auch in Rücksicht auf die Stimme thunlichst zu vermeiden.

EMIL MAYER.

71) **Harry A. Barnes. Die Beziehung zwischen Alter und Tonsillarinfection. (The relation of age to tonsillar infection.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. December 1911.*

Die Tonsillen bei Kindern von einem Jahr und darunter bieten wenig Chancen für Infection, auch dann noch nicht, wenn die Crypten schon völlig ausgebildet sind. Die in den Crypten lagernde Detritusmenge ist gering, wohl weil die Menge der durch das Cryptenepithel hindurchtretenden Lymphocyten, die den Hauptteil der käsigen Massen bilden, nur gering ist.

Die Tonsille der Kinder im Alter von über einem Jahre dagegen ist für Infektionen ganz besonders geeignet. Mit der Zunahme der Lymphactivität wird der Druck auf die Cryptenwände sehr erheblich, wahrscheinlich am stärksten gegenüber den Follikeln. Die Folge ist unvollkommene Drainage, Retention des Zelldetritus, unregelmässige Dilatation der Crypten, Taschenbildung und Ansiedelung von Bakterien aller Art in dem sich zersetzenden Crypteninhalt. Unter diesen Umständen bezeichnet Verf. es als ein Wunder, nicht dass oft Infectionen erfolgen, sondern dass überhaupt eine Tonsille einer solchen entgehen kann.

Beim Erwachsenen unterscheidet sich die Tonsille oft nicht von der des Kindes und unterliegt ebenso oft der Infection, wie jene. Gewöhnlich aber geht

sie Veränderungen ein. Die Retention in den Crypten nimmt ab, theils in Folge des verminderten Drucks des Lymphgewebes auf die Cryptenwände und der dadurch bedingten besseren Drainage, theils in Folge der Abnahme in der Zahl der Lymphocyten, die durch das Epithel hindurchwandern. Wahrscheinlich verhindert auch die Verdickung des Epithels ein Eindringen der Bakterien in die tieferen Gewebe.

EMIL MAYER.

72) **H. J. Schlasberg. Die Tonsillen als Infectionsträger bei Syphilis. (Tonsillerna som smittobärare vid syfilis.)** *Hygiea 1912.*

Durch Untersuchung von einer grösseren Anzahl (50) mit Lues inficirter Personen hat Verf. die früher gemachte Beobachtung bestätigt gefunden, dass die Tonsillen, ohne klinische Symptome zu zeigen, Träger von Spirochaeta pallida sein können.

Zweitens hat er das Verhältniss der Spirochaeta pallida zu den klinischen Symptomen und zur Behandlung studirt. Die Untersuchung von 42 frischen, nicht behandelten Fällen hat ihn gelehrt, dass die Spirochaeta pallida in den Tonsillen nachgewiesen werden kann, zuerst wenn die allgemeinen Symptome sich zeigen oder zu der Zeit, da diese sich gezeigt haben müssten. Haben die sonst symptomenfreien Tonsillen Spirochaeta pallida, so kann man durch Localbehandlung das Auftreten von Papeln verhindern.

E. STANGENBERG.

73) **Otto Piffl. Ueber chronische Entzündung der Gaumenmandeln und ihre Behandlung.** *Prager med. Wochenschr. No. 27. 1912.*

Verf. bespricht die Symptomatologie der Tonsillit. chron. Er sagt u. A., die Diagnose der idiopathischen chronischen Pharyngitis müsste viel seltener gestellt werden, da fast alle diese Affectionen secundär, ausser durch Erkrankungen der Nase, der Nebenhöhlen und des Nasenrachens, durch solche der Gaumenmandeln bedingt seien. Bezüglich der Therapie schliesst sich Verf. den heute fast allgemein acceptirten Indicationen für die Tonsillectomie an. Er räth, Patienten, bei denen man stärkere Blutung fürchtet, einige Tage vor dem Eingriff eine 1—2proc. Lösung von Calcium chloratum zu geben.

FINDER.

74) **S. Wahle** (Bad Kissingen). **Epidemiologisches zur Perityphlitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1912.*

Verf. spricht die Perityphlitis als eine Infectionskrankheit an und berichtet über 2 Erkrankungen in seiner Familie: 2 Kinder Wahle's erkrankten kurz hintereinander unter gleichzeitigem Auftreten von Schwellung und Röthung der Rachenschleimhaut und der Gaumentonsille, sowie des Blinddarmes. Auf Grund des klinischen Befundes vermerkt Verf., „dass die Keime, vielleicht durch die Nahrung, in die Tonsillen und auf dem Wege der Lymphbahn zur Appendix gelangen und dort zur Entzündung führen.“ Vergrösserte Lymphdrüsen waren allerdings trotz genauer Beobachtung nicht zu finden.

HECHT.

75) **Lanz** (Amsterdam). **Epidemiologisches zur Appendicitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1912.*

Bezugnehmend auf die Mittheilung Wahle's, weist Verf. darauf hin, dass

die Appendicitis keine Infectionskrankheit sui generis sei, dass es sich vielmehr — genius epidemicus — um verschiedene Infectionserreger handle, die unter gewissen bekannten localen Vorbedingungen die Krankheit auslösen. Es sei auch nicht nöthig, mit Wahle anzunehmen, dass die Keime von den Tonsillen auf dem Wege der Lymphbahn zur Appendix gelangen, näher liege es, an das Verschlucken infectiösen Rachenschleimes zu denken. Dabei käme eine Reihe Bakterien in Betracht, die für den lymphatischen Rachenring eine besondere Affinität haben, so der Influenzabacillus und der Pneumococcus, insbesondere aber dürfte bei der postanginösen Appendicitis der Streptococcus pyogenes im Spiele stehen, eine Annahme, die Verf. durch drei instructive Beobachtungen belegt. Es empfehle sich daher bei Anginen prophylaktisch eine entsprechende Desinfection der Rachenhöhle, Sorge für geregelte Darmentleerung, event. durch Abführmittel, vielleicht auch noch Verabreichung eines leichten Darmdesinficiens. Bei postanginöser und traumatischer Appendicitis sei besonders intensiv auf Frühoperation zu drängen, weil die erstere relativ häufig zu Gangrän führe und bei der letzteren meist Perforation vorliege.

HECHT.

76) **German** (Helgoland). **Epidemiologisches zur Perityphlitis. Drei weitere Beiträge zur Veröffentlichung Dr. Wahle's.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1912.*

Mittheilung von 3 Krankengeschichten acut verlaufender Blinddarmreizung im Anschluss an eine acute Angina bei 3- bezw. 4jährigen Kindern. In den beiden ersten Fällen schloss sich der rasch abklingenden Blinddarmreizung jeweils eine schwere Pneumonie an.

HECHT.

77) **E. A. Martin** (Pankow). **Epidemiologisches zur Appendicitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1912.*

Verf. machte als Schiffsarzt eine 13monatige Reise auf dem Cadettenschulschiff des Norddeutschen Lloyd „Herzogin Cecilie" (Segelschiff) mit und berichtet — bezugnehmend auf die Artikel von Lanz und German (gleiche Wochenschr., 1912, No. 34) — über 5 auf dieser Reise vorgekommene Appendix-Erkrankungen. Bei 4 von diesen Fällen blieb die Aetiologie dunkel, der eine Fall erkrankte innerhalb 6 Monaten 2mal an Appendicitis, die jeweils mit Angina, Brechdurchfall und leichter Temperatursteigerung begann.

HECHT.

78) **Bortz** (Berlin). **Angina mit Leberschwellung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 5. 1912.*

Bei einem 10jährigen Knaben, Sohn einer zuckerkranken Mutter, beobachtete Verf. im Verlauf einer acuten Angina eine beträchtliche Leberschwellung, die später verschwand. Der Zusammenhang beider Affectionen ist fraglich.

ZARNIKO.

79) **P. Varekamp** (Zandvoort). **Angina blastomycosa; Hefe-Angina. (Angina blastomycosa; gist-angina.)** *Medisch Weekblad, 9. u. 16. März 1912.*

80) **C. J. P. van Zadelhoff** (Haarlem). **Angina blastomycosa (?).** *Med. Weekbl. 4. Mai 1912.*

Während der Diphtherie-Epidemie im Sommer 1911 in Zandvoort wurden alle Anginen bakteriologisch untersucht. Bei diesen Patienten wurde im bakterio-

logischen Laboratorium zu Harlem in 20 Fällen Hefe constatirt. Das klinische Bild war in diesen Fällen immer dasjenige einer leichten katarrhalischen oder lacunären Angina.

van Zadelhoff erachtet die Auffassung Varenkamp's, dass Sprosspilze Ursache der beschriebenen Anginen seien, als verfrüht. Er erinnert an die Untersuchungen Bertarelli's und Calamida's, nach welchen Blastomyceten nicht zu selten ganz accidenteller Weise im adenoiden Pharynxgewebe vorkommen. Dagegen waren die beobachteten Fälle von universeller Blastomycose sowie die seltenen Fälle von Larynxblastomycose immer sehr ernster Natur. Es soll demnach zwischen zufälliger Anwesenheit von Blastomyceten und der Pathogenität der letzteren wohl unterschieden werden. Auch war der Harlemer Bakteriologe Havelaar der Meinung gewesen, dass die Auffassung Varenkamp's der Bestätigung durch die Agglutinationsprobe wohl bedürfe.

H. BURGER.

81) **H. Halsted** (New-York). **Vincents Halsbräune (Angina), ihre Häufigkeit und die Wichtigkeit ihrer Erkennung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 569. 1912.*

Vincent's Halsbräune gleicht bald mehr der Diphtherie oder einer nicht diphtheritischen pseudomembranösen Bräune, bald mehr einem syphilitischen Ulcus. Der fusiforme Bacillus muss direct in dem dem Mund oder dem Geschwür entnommenen Belag gesucht werden. Werden nur Culturen angelegt, so wird manche Vincent'sche Angina übersehen, weil der spindelförmige Bacillus in den gewöhnlichen diphtheritischen Mittelculturen nicht wächst.

OPPIKOFER.

82) **G. Garthwaite-Fisher. Anästhesie bei Mandelenucleation. (Anaesthesia in tonsil enucleation.)** *New York med. journ. 24. Februar 1912.*

Verf. redet der Localanästhesie (Cocain und Adrenalin) bei der Tonsillectomie das Wort.

EMIL MAYER.

83) **Kafemann** (Königsberg). **Ueber einen Exitus unmittelbar nach vollendeter Adenoid- und Tonsillenoperation in Narkose. Section.** *Med. Klinik. No. 35. 1912.*

Ein 14 jähr. Knabe starb unter der Chloroformnarkose, nachdem die Gaumentonsillen und die Rachentonsille entfernt waren. Auf Grund dieses Todesfalles warnt Verf. vor der ambulatorischen combinirten Adenoid- und Tonsillenoperation, sowie vor der Chloroform- resp. jeder Narkose überhaupt bei diesen Eingriffen. Sollte eine Chloroformnarkose unumgänglich nothwendig sein, so müsste erst röntgenologisch festgestellt sein, ob geschwollene endothoracale Drüsen vorliegen oder nicht.

SEIFERT.

84) **L. J. Long. Ein neuer Tonsillenhaken. (A new tonsil hook.)** *Journ. amer. med. assoc. 6. Januar 1912.*

Der Haken, wenn er einmal angelegt ist, bleibt in situ, auch wenn mit dem Druck nachgelassen wird. Eine Schlinge kann über die Tonsille gelegt werden, ohne dass der Haken abgenommen wird.

EMIL MAYER.

85) **Nathan G. Ward. Einige neue Instrumente zur Entfernung der Tonsille. (Some new instruments for removing the tonsil.)** *New York med. journal. 6. Juli 1912.*

Beschreibung einer Zange, eines Dissectors und einer Schlinge.

EMIL MAYER.

86) **Thomas Guthrie. Eine Guillotine zur Tonsillenenucleation. (A guillotine for tonsil enucleation.)** *Lancet. 4. März 1912.*

Es handelt sich um ein für die von Sluder (St. Louis) beschriebene Methode geeignetes Instrument. Es ähnelt dem Mackenzie'schen Tonsillotom, jedoch ist der Handgriff im stumpfen Winkel angesetzt und die Schneide umgekehrt.

JOHN WRIGHT.

d) Diphtherie und Croup.

87) **C. S. Stokvis** (Amsterdam). **Die Rolle der Schule bei der Verbreitung der Diphtherie und die bakteriologische Diagnose dieser Krankheit. (De rol der school bij de verspreiding der diphtherie en de bacteriologische diagnose dezer ziekte.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 8. 1912.*

Uebereinstimmend mit Flügge findet Verf. auch für Amsterdam eine hohe Morbidität im Alter zwischen 1 und 6 Jahren und eine sehr starke Verminderung mit Anfang des schulpflichtigen Alters.

Verf. untersuchte die Schüler dreier Schulen, wo sich Diphtheriefälle wiederholt zeigten. In der ersten Schule war das Resultat der bacteriologischen Forschung völlig negativ: keine Bacillenträger! Nach Wiedereröffnung der Schule haben sich keine neuen Fälle mehr gezeigt. In der zweiten Schule waren im ersten Vierteljahr 1911 dreizehn Diphtheriefälle vorgekommen und waren weitere vierzehn Kinder aus der Schule ausgeschlossen worden, weil sie weisse Beläge im Halse gezeigt hatten, ohne dass es zu irgend einer Erkrankung gekommen wäre. Hier wurden 196 Kinder und 6 Lehrer untersucht, unter welchen kein einziger Bacillenträger war. Wohl wurden diphtherieähnliche Stäbchen gefunden. Neue Diphtheriefälle sind auch in dieser Schule nicht beobachtet worden. In der Umgebung von Diphtheriekindern finden sich häufig Bacillenträger. Als in einer dritten Schule wieder einige Fälle vorkamen, wurden hier bloss die hergestellten Patienten und deren gleichfalls die Schule besuchende Angehörige untersucht. Zwei als genesen aus dem Krankenhause entlassene Kinder hatten beide in der Nase einen virulenten Bacillus. Bei Kindern aus derselben Familie wurden diphtherieähnliche Stäbchen im Nasenschleim aufgefunden, welche nicht virulent waren. Isolirung dieser Personen ist unnöthig. Massenuntersuchungen in der Schule ist in den meisten Fällen überflüssig.

Die Unterscheidung zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen ist nur mittels Virulenzbestimmung möglich. Sämmtliche sonstigen Kennzeichen sind ungenau und unstabil. Verf. hält den Pseudodiphtheriebacillus für einen avirulenten Diphtheriebacillus. Indessen hat er aus der Nichtisolirung der avirulenten Bacillenträger nie Schaden erwachsen sehen.

H. BURGER.

88) **A. de Groot** (Santpoort). **Diphtherie und Bacillenträger. (Over diphtherie en bacildragers.)** *Nederl. Tijdschr. v. Gen. I. S. 506. 1912.*

Betrachtungen anlässlich einer kleinen Epidemie.

H. BURGER.

89) **H. Conradi** und **P. Froch** (Halle). **Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebacillen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1912.*

Den Vorzügen der Löffler'schen Serumplatte (anreichernde Wirkung auf Diphtheriebacillen, günstige Bedingungen für das Wachsthum der Diphtheriekeime, Schnelligkeit des Nachweises) steht der Nachtheil gegenüber, dass der negative Befund keine unbedingte Sicherheit gewährt, da einige wenige Diphtheriebacillen unter zahlreichen andersartigen Bacteriencolonien schwer herauszufinden sind und zweitens in der Entwicklung begriffene Diphtheriekeime durch schneller wachsende Arten von der Löfflerplatte verdrängt werden. Diesen Nachtheil suchten Autoren erfolgreich dadurch zu bekämpfen, dass sie ausser der Löffler'schen Serumplatte secundär noch eine „Tellurplatte" beschicken. Während die Löffler'sche Platte zur Anreicherung und zum Nachweise dient, wird die Tellurplatte nur für letzteren Zweck verwendet und wird nur bei negativem Befund der Löfflerplatte besichtigt. Auf der elfenbeinfarbigen Tellurplatte stellt sich ganz von selbst eine dem blossen Auge erkennbare Färbung der Diphtheriecolonien ein: sie erscheinen nämlich kohlschwarz. Diese Schwarzfärbung beruht auf einer Reduction des Tellurdioxyds. Diese typische Schwarzfärbung der Diphtheriecolonien macht ein Uebersehen auch spärlicher Diphtheriekeime unmöglich. Da auch andere Bakterien entsprechende Verfärbungen in anderen Farbennuancen zeitigen, sichert im Zweifelsfall Methylenblau- und Neisser'sche Doppelfärbung die Differentialdiagnose. Ein weiterer Vorzug der Tellurplatte liegt darin, dass der Zusatz von Kalium tellurosum das Wachstum der störenden Begleitbakterien merklich zurückhält, das Wachsthum des Diphtheriebacillus aber wenig beeinflusst. Darstellung der Tellurplatte und Technik werden eingehend beschrieben. Ein Vergleich der Leistungen von Löffler- und Tellurplatte ergab, dass mit Hilfe der Tellurplatte die Befunde von Diphtheriebacillen sich verdoppelten.

HECHT.

90) **M. Neisser** (Frankfurt a. M.). **Untersuchung auf Diphtheriebacillen und Bekämpfung der Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 40. 1912.*

Die bakteriologische Untersuchung auf Diphtheriebacillen gehört nicht in die Hand des Arztes, sondern in besondere Laboratorien. Die Diphtheriebacillenuntersuchung ist die Vorbedingung der Prophylaxe. Vielleicht gelingt es noch, durch spezifische Allgemeinbehandlung die Bacillenträger ohne Ausnahme zu entkeimen. Die Untersuchung auf Diphtheriebacillen mahnt in vielen Fällen zur Vorsicht bezüglich Therapie und Prophylaxe und sie eröffnet zahlreiche Gelegenheiten, diejenigen prophylaktischen Maassnahmen in grösserem Umfang auf ihre Wirksamkeit zu prüfen, welche sich im Laboratoriumsversuch als aussichtsreich erwiesen haben.

SEIFERT.

91) **Charles W. Mackay. Die Bedeutung der Temperaturbeobachtungen bei Anwendung von Diphtherieantitoxin und der Werth grosser Antitoxingaben. (The value of temperature readings in administration of diphteria antitoxin and the value of large antitoxin dosages.)** *Australian med. journ. 22. Juni 1912.*

Die Temperaturbeobachtungen sollen alle vier Stunden gemacht werden. Die Initialdosis des Antitoxins kann nicht nach der Temperatur bestimmt werden, wenn aber die vierstündliche Messung keinen rapiden Temperaturabfall merken lässt, so soll die Dosis in 8—12 Stunden wiederholt werden. In leichten frischen Fällen soll die Anfangsdosis 6000—8000, in schweren schon eine Weile dauernden Fällen soll sie 16 000—30 000 I.-E. betragen. Die Beobachtungen des Verf. erstrecken sich auf 400 Fälle und werden durch Temperaturcurven illustrirt.

A. J. BRADY.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

92) **Belcourt** (Brüssel). **Die Diagnose von Formo fruste des Keuchhustens mittels der Reaction Bordel-Gengou. (Le diagnostic de la coqueluche fruste par la réaction de Bordel-Gengeu.)** *Presse méd. belge. 14. Januar 1912.*

Mittels der Methode hat Verf. während einer Keuchhustenepidemie bei Schülern verschiedener Schulen die Erkrankung nachweisen können, während die davon Befallenen klinisch nur die Symptome des Bronchialkatarrhs darboten.

PARMENTIER

93) **W. v. Starck** (Kinderhospital Kiel). **Diabetes mellitus im Anschluss an Pertussis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 24. 1912.*

Kritische Erörterung über die Aetiologie des nach acuten Infectionskrankheiten auftretenden Diabetes und dessen Prognose.

Mittheilung eines Falles von Diabetes im Anschluss an eine Pertussis bei einem $6^1/_2$ jährigen Kinde, der auf diätetische Behandlung bedeutend gebessert wurde. Da Heilung noch nicht eingetreten, ist die Prognose mit Vorsicht zu stellen. Autor nimmt als Ursache der diabetischen Stoffwechselstörung eine infectiöse Pancreatitis an.

HECHT.

94) **Heidenhain. Zur Heilung des Keuchhustens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1912.*

Neben dem Klimawechsel, der oft auf grosse Hindernisse stösst, ist Chinin von Medicamenten das einzige, welches schnell und sicher hilft. Der Widerwille der Kinder wegen seines Geschmackes steht der Verabreichung per os entgegen. Verf. verabreicht daher „eine Chininlösung — selbstverständlich um einen Darmreiz zu vermeiden ohne Säure — von 2,0—200,0 als Klystier und zwar 3 mal täglich 1—2 Esslöffel voll jedes Mal, je nach dem Alter des Kindes; schon gewöhnlich nach 3 Tagen fängt eine deutliche Besserung an, die bei weiterem Gebrauch des Chinins in dieser Weise auffallend schnell fortschreitet und bald zur Heilung führt“.

HECHT.

95) **Rudolf Steiner** (Prag). **Zur Kenntniss der primären Kehlkopftuberculose.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Verf. berichtet über einen Fall von Kehlkopftuberculose, der bei ausgedehnter Veränderung im Larynx einen negativen Lungenbefund klinisch zeigte. Histologisch fanden sich in Stücken der rechten und linken Lunge am Hilus einige Riesenzellen, ebenso in einem Lymphknoten und in der rechten Tonsille.

W. SOBERNHEIM.

96) **Arvid Labau. Einige statistische Verhältnisse betreffend das Vorkommen der Larynxtuberculose bei Personen, die Schnupftabak kauen. (Nagra statistika data em larynxtuberkulosens forekomst hos snustugyare.)** *Soenska Läkartidningen 1911.*

Verf. hat 170 Männer und 64 Frauen, die an Lungentuberculose litten, untersucht und dabei gefunden, dass die lungentuberculösen Männer, die Schnupftabak gekaut haben, öfter von Larynxtuberculose befallen waren, als die übrigen Männer und Frauen.

E. STANGENBERG.

97) **Nils Arnoldson. Studien über die Kehlkopftuberculose mit besonderer Rücksicht auf ihre chirurgische Behandlung. (Studier öfver struptuberkulosen med särskild hänsyn tiu dess kirurgiska behandling.)** *Oto-laryngologiska meddelanden. Bd. I. 2. H. Maj 1912.*

In dieser, der schwedischen Vereinigung gegen die Tuberculose gewidmeten Arbeit publicirt Verf. seine durch 6jährige Studien gewonnene Erfahrung über die Möglichkeit, tuberculöse Processe im Kehlkopf zu heilen.

Verf. leitet seine sehr gründliche und sorgfältige Arbeit mit einer Darstellung über die Pathogenese, Aetiologie und den Infectionsmodus ein.

Nach einer sehr kritischen Uebersicht über „die Therapie, ihre Entwicklung und jetzigen Standpunkt" fasst Verf. seine Literaturstudien in folgenden Sätzen zusammen:

Die intern laryngologische, medicamentöse Therapie muss als unbrauchbar betrachtet werden, in so weit es sich darum handelt, den Krankheitsprocess als solchen zu beeinflussen. Das eine oder andere Mittel kann höchstens als zufälliges Palliativum zum suggestiven oder localhygienischen Zweck gebraucht werden.

Es giebt kein Specificum gegen die Larynxtuberculose.

Die Phototherapie hat keine zuverlässigen Erfolge gegeben.

Von den gegen die Schmerzen gerichteten Methoden sind Injectionen von Alkohol und die Stauungsbehandlung am meisten verwendbar.

Schweigen soll in vielen Fällen verordnet werden.

Die endolaryngeale chirurgische Behandlung muss als die am meisten rationelle und die gründlichst geprüfte der therapeutischen Methoden betrachtet werden.

Vor allem: Allgemeine Pflege nach modernen Principien. Dass der locale Process im Kehlkopf durch Anstaltspflege beeinflusst wird, wird überall in der Literatur betont.

Die Bedeutung der endolaryngealen chirurgischen Behandlung hat Verf. an 600 Fällen geprüft, von denen 63 mit vollständigen Krankengeschichten in dieser

Arbeit publicirt sind; viele dieser Krankengeschichten sind mit guten Diagrammen und lehrreichen Epikrisen versehen.

Danach kommt ein Capitel über die Klinik und Differentialdiagnostik, aus dem wir besonders hervorheben wollen, dass Verf. als seine Meinung ausspricht, dass das bei schweren Erkrankungen vorkommende Oedem nicht als ein Ausdruck von Perichondritis, sondern von einer tuberculösen Infiltration der Schleimhaut zu betrachten ist und dass er die Aufmerksamkeit auf die nach der Meinung des Referenten wichtige und oft schwierige Situation lenkt, wo es diagnostisch zu entscheiden ist, ob Störungen der Stimme und ihrer berufsmässigen Ausdauer von einer unbedeutenden oder schweren entzündlichen Veränderung des Organs, besonders der Stimmbänder, oder von einer Neurose (Phonasthenie) abhängig ist.

Die endolaryngealen chirurgischen Eingriffe, die Verf. mit einer Doppelcurette ausführt, können oft eine schnelle functionelle Verbesserung erzeugen und sind in dieser Beziehung jeder Art der galvanokaustischen Behandlung überlegen. Die Heilung, die so oft zu sehen ist, darf indessen nicht ohne Weiteres als eine zuverlässige, wahre d. h. als eine anatomische Restitution betrachtet werden; es ist nämlich ein wesentlicher Unterschied zwischen dem unmittelbaren Operationserfolg und dem Späterfolg; dieser — das ist nicht zu leugnen — ist nicht besonders glänzend.

Die Indicationen und Contraindicationen sowohl zum curativen wie palliativen Zwecke, die der Verf. aufgestellt hat, dürften im Grossen und Ganzen mit denen anderer Laryngologen übereinstimmen.

Er widmet der Amputation der Epiglottis — 38mal ausgeführt — und der Excision der Stimmbänder besondere Aufmerksamkeit. Mit jener kann man bei vielen Kranken eine deutliche Besserung hervorbringen, und nach der Erfahrung an 20 Fällen findet Verf. es berechtigt, tuberculöse Stimmbänder zu excidiren bei begrenzten, tumorähnlichen Infiltraten und bei Infiltraten, die das ganze Stimmband einnehmen, wenn der Aryknorpel beweglich ist und wenn im übrigen Larynx keine tiefen oder grösseren Veränderungen vorliegen. Bei gutartigen Fällen kann man ein Stimmband excidiren, auch wenn multiple Herde da sind und besonders, wenn das andere Stimmband gesund ist.

Contraindicirt sind diese Excisionen bei solchen Fällen, bei denen die subchordale Schleimhaut in grösserer Ausdehnung infiltrirt ist, und bei malignen Fällen.

Diese Eingriffe müssen jedoch nach der Meinung des Verf.'s nur als therapeutische Versuche betrachtet werden, da sie keine Garantie für ein radicales Entfernen des kranken Gewebes oder für das Erreichen einer bedeutenden Besserung der Function geben.

A.'s Operationsresultate bei den 63 publicirten Fällen sind folgende: 38 sind mit Excisionen behandelt und von diesen sind 12 klinisch resp. functionell während einer Zeit von 4—12 Monaten gebessert; 12 sind klinisch wesentlich gebessert resp. symptomenfrei und klinisch geheilt seit 2 bis 6 Jahren; bei 9 von diesen konnte man wohl von einer Heilung in anatomischem Sinne sprechen. Mit Rücksicht auf den klinischen Charakter der Krankheit

und vor allem auf die Bedeutung der allgemeinen hygienisch-diätetischen Therapie ist man berechtigt anzunehmen, dass die besten Erfolge erreicht werden würden, wenn den Kehlkopfkranken seitens des Gemeinwesens und der Aerzte dieselbe Fürsorge, wie es bei den Lungenkranken der Fall ist, gewidmet würde; bei der Pflege der Larynxtuberculose soll deshalb der grösste Werth auf die allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung neben rationeller activer Localbehandlung in Anstalten für Tuberkulöse gelegt werden.

Nachdem Verf. noch eine Uebersicht über die extralaryngealen Operationen gegeben und einen eigenen Fall von Totalexstirpation des Kehlkopfes (mit tödlichem Ausgang) mitgetheilt hat, folgt ein Capitel über „histopathologische Anmerkungen". Die oben besrochene Behandlung hat den Vortheil, die Diagnose mit relativer Sicherheit durch mikroskopische Untersuchung möglich zu machen. Verf. betont indessen, dass man nicht einmal auf diesem Wege immer volle Klarheit über die Natur der Krankheit bekommen kann. Durch seine anatomischen Untersuchungen glaubt er genügenden Grund gefunden zu haben, theils für die Annahme, dass der locale Process durch die Lymphgefässe verbreitet wird, sowie für die erwähnte Auffassung, dass das chronische Oedem im Larynx kein Ausdruck einer Perichondritis sondern einer Schleimhautaffection ist.

Im Anschluss an die schon ausgesprochene Nothwendigkeit, dass auch die Larynxtuberculose Gegenstand einer Anstaltspflege werden muss, beendigt Verf. seine Arbeit mit einigen praktischen Vorschlägen, wie solche besonders in Schweden durchzuführen wären.

E. STANGENBERG.

98) **Siebenmann** (Basel). **Unsere Erfolge in der localen Behandlung der Kehlkopfphthise mit Beranekserum, Elektrocaustik und Röntgenbestrahlung.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 116. Bd. 1912.*

Der Erfolg von Beranekserum in der Behandlung der Larynxtuberculose war ein fast durchweg negativer. Die Galvanokaustik bildet nach den Erfahrungen des Verf.'s das beste Mittel im Kampfe gegen die Kehlkopftuberculose, er erzielte damit 26 pCt. Dauerheilungen. Vor der Kauterisation Wegnahme der infiltrirten Partien mit der schneidenden Zange. Die Röntgenbestrahlung liess bei Ulceration völlig im Stich, während sie in 3 Fällen von geschlossener Tuberculose gute Resultate ergab.

SEIFERT.

99) **de Reynier. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose im Hochgebirge. (Le traitement de la laryngite tuberculeuse à la haute montagne.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 1. 1912.*

Behandelt wird nur mit Schweigekur. Operirt wird nur gegen Dysphagie. Heliotherapie hat dem Autor keine besonderen Resultate ergeben. Die Resultate des Autors sind folgende: Von 100 Patienten sind mit ganz gesundem Larynx und reiner Sprache entlassen worden 77 Patienten; mit gesundem Larynx und sogenannter ventriculärer Sprache 8 Patienten. Gebessert sind 11 Patienten. 4 Patienten starben im ersten Monate ihres Aufenthaltes in Leysin, wo der Autor prakticirt. Als Operation schlägt der Autor nur die Galvanokaustik vor.

LAUTMANN.

100) **Alexandre. Zur Heliotherapie des Kehlkopfes. (Contribution à la pratique de l'héliothérapie laryngée.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIII. No. 2. 1912.*

Nach dem Muster von Sorgo hat Verf. im Sanatorium von Dumarest die Heliotherapie zur Behandlung der Kehlkopftuberculose verwendet. Er benutzt einen eigenen von ihm construirten Apparat, der den Patienten gestattet sich selbst zu belichten, ohne von der Sonnenhitze zu leiden. Es handelt sich im Allgemeinen um ein Stativ, auf dem beweglich ein Linsensystem sich befindet, das ermöglicht, dass concentrirtes Sonnenlicht in einen Kehlkopfspiegel geworfen wird und dass der Patient sein Kehlkopfbild bequem sehen kann. Eigene Krankengeschichten bis auf eine fehlen, doch erklärt der Autor die Heliotherapie als das beste und rascheste Mittel zur Heilung der Kehlkopftuberculose.

LAUTMANN.

101) **H. S. Moore. Alkoholinjection in den N. laryngeus superior. (Alcoholic injection of superior laryngeal nerve.)** *California state journ. of med. Mai 1912.*

Verf. beschreibt die Technik, die sich nicht von der allgemein geübten unterscheidet. Ein sicheres Kennzeichen dafür, dass der Nerv getroffen ist, besteht darin, dass Patient einen Schmerz im Ohr verspürt; wenn der Nerv infiltrirt ist, so hört der Schmerz auf.

EMIL MAYER.

102) **Mossé. Einige Worte über einen Fall von Dysphagie bei einem Kehlkopftuberculösen, der mit Anästhesie des oberen Kehlkopfnerven behandelt worden ist. (Quelques mots sur un cas de dysphagie etc.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XV. No. 4. 1912.*

Trotz zweier Versuche ist es Verf. nicht geglückt, in seinem Falle nach Cocaineinspritzung die Schlingbeschwerden zu beseitigen. Nach der zweiten Cocaininjection kam es zu schwerer Dyspnoe, weshalb Verf. noch besonders zur Vorsicht räth.

LAUTMANN.

103) **Ad. Blumenthal** (Berlin). **Zur operativen Behandlung der Dysphagie bei Larynxtuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 36. 1911.*

Alkoholinjectionen in den N. laryngeus sup. befriedigten Verf. nicht, er hat deshalb in zwei Fällen mit gutem Erfolge den Nerven freigelegt und ein Stück resecirt. Schilderung des Operationsverfahrens.

ZARNIKO.

104) **A. Réthi** (Königsberg). **Die Therapie der Kehlkopftuberculose mit besonderer Rücksicht auf die Dysphagie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 910. 1912.*

Die Arbeit ist ein Sammelreferat über die bei Schluckschmerz der Phthisiker empfohlenen Mittel. Ueber die Wirkung der Hoffmann'schen Alkoholinjection in den Nerv. laryng. sup. lautet das Urtheil günstig. In 2 Fällen, bei denen auch die Alkoholinjection erfolglos blieb, wurde in Localanästhesie der innere Ast des oberen Kehlkopfnerven durchtrennt: die Patienten konnten wieder Nahrung zu sich nehmen; doch erlagen sie bereits 2 resp. 3 Wochen später der Lungentuberculose.

OPPIKOFER.



105) **Lorenzo B. Lockard. Amputation der Epiglottis, die rationelle Behandlung der Epiglottistuberculose. (Epiglottidectomy, the rational treatment of epiglottidean tuberculosis.)** *Laryngoscope. Februar 1912.*

Der Werth der Epiglottisamputation als einer rein palliativen Maassnahme wird dadurch bewiesen, dass in 151 genau beobachteten Fällen der Schmerz in 127 (84,1 pCt.) gebessert wurde. Von diesen Fällen hätten 16 als günstig bezeichnet werden können, wenn nicht die Epiglottis befallen gewesen wäre; diese wurden alle geheilt; 95 waren hoffnungslos, auch abgesehen von der Epiglottiserkrankung und diese wurden soweit gebessert, dass sie feste und flüssige Speisen ohne Beschwerden schlucken konnten. Von den übrigen 40 Fällen, die nicht genau classificirt werden konnten, wurden 25 permanent von ihren Schmerzen befreit. Ungünstige Wirkungen des Eingriffs waren in keinem Fall zu constatiren. EMIL MAYER.

106) **Emil Mayer. Fall von Amputation der Epiglottis. (Case of amputation of the epiglottis.)** *Laryngoscope. Februar 1912.*

Patient, ein 64 jähriger Mann, kam April 1900 mit Dyspnoe in Folge acuten Oedems des Larynx und Pharynx in das Hospital, wo schleunig die Tracheotomie gemacht wurde. Darauf Nachlassen der entzündlichen Erscheinungen, so dass die Canüle entfernt werden konnte; bald aber wieder erschwertes Athmen, das die Wiedereinsetzung der Canüle nothwendig machte. Verf., der jetzt zugezogen wurde, constatirte als Ursache der wieder eingetretenen Dyspnoe eine Schwellung der Epiglottis, die den Einblick in das Larynxinnere unmöglich machte. Verf. entfernte einige Granulationen im Larynxinnern. Während des Aufenthalts im Hospital trat in Folge Abscessbildung in der Umgebung des 7. Rückenwirbels Paraplegie auf. Mai 1911 wurde die Hälfte der überhängenden Epiglottis entfernt: einige Tage später wurde die Canüle entfernt. Einige tiefsitzende Granulationen wurden entfernt und Patient hustete im Anschluss daran einen Knorpelring aus. Patient spricht mit klarer Stimme und hat seit der vor 6 Monaten erfolgten Abtragung der Epiglottis und Entfernung der Canüle 35 Pfund an Gewicht zugenommen.

EMIL MAYER.

107) **Tiegel** (Dortmund). **Der Werth der trachealen Insufflation für die Nachbehandlung Tracheotomirter.** *Centralbl. f. Chir. No. 40. 1912.*

Zur Entfernung von Blutcoagulis und Schleimmassen hat Verf. in einem bedrohlichen Falle von derartiger Verstopfung der Trachea mit bestem Erfolge Sauerstoffinsufflationen vorgenommen, indem er mit Hülfe eines durch die Canüle in die Trachea eingeführten dünnen Nelatonkatheters einen kräftigen Sauerstoffstrom einleitete. Zur Entfernung dickerer Gerinnsel ist es nothwendig, den Katheter immer wieder herauszuziehen, da sonst kein Platz für ihre Passage durch die Canüle vorhanden ist. SEIFERT.

108) **Garel** und **Gignoux** (Lyon). **Behandlung der Lungentuberculose mit intratrachealen Injectionen. (Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales.)** *Le Larynx. März/April 1912.*

Verff. bezeichnen als das einfachste Verfahren das vom Kranken selbst auszuübende nach Marangos: Eine Sonde wird durch die Nase bis in den Rachen

geführt; Tropfen für Tropfen wird dann eine mit dem gewünschten Arzneistoff hergestellte ölige Lösung injicirt. Um Irrthümer seitens des Patienten unmöglich zu machen, haben Verff. etwa 8 cm vom Ende der Bougie eine Verdickung anbringen lassen.

GONTIER DE LA ROCHE.

109) **Houlié. Der Kehlkopfkrebs. (Le cancer du larynx.)** *Monde médical. No. 461. 1912.*

Kurze Zusammenfassung des Gegenstandes, für den praktischen Arzt bestimmt. Es wird auf Krisshaber oft Bezug genommen. Von ihm soll angeblich auch ein Symptom stammen, das, so unbedeutend es auch ist, vielen anderen Autoren untergeschoben wird, nämlich der schlechte Geruch der Athemluft, was gegen Tuberculose und Lues differentialdiagnostisch verwerthet wird. Auch sonst sind manche interessante Daten aus den letzten Veröffentlichungen angeführt, so z. B. der schleichende Verlauf des Kehlkopfkrebses bei Frauen von 35—45 Jahren (Moure). Hinsichtlich der Behandlung ist von der endolaryngealen Behandlung nicht mehr die Rede. Die Laryngotomie wird jetzt an deren Stelle gesetzt. Der Vorschlag R. Botey's, eine Laryngostomie anzulegen, wird erwähnt. In Folge frühzeitiger Laryngotomie sind auch die Resultate der Krebsbehandlung so gute in den Händen von manchen Laryngologen, z. B. St. Clair Thomson 80 pCt. Uebrigens lehnt sich die vorliegende Arbeit eng an St. Clair Thomson an, der auch die mitgegebenen Abbildungen überlassen hat. Die totale Laryngectomie anlangend, meint Houlié, dass die meisten Operateure zweizeitig operiren, zuerst Tracheotomie oder tracheale Fistel und 15 Tage später Laryngectomie. Zwei inoperable Krebse sind von Costiniu mit Radium behandelt worden, anfangs mit gutem Resultat. Adrenalin gegen Blutungen und Schmerzen.

LAUTMANN.

110) **Goris. Ueber einen Fall von halbseitiger Larynxexstirpation. (Sur un cas d'hémilaryngectomie.)** *Société belge de chirurgie. 30. März 1912.*

Es handelte sich um einen auf das Larynxinnere beschränkten Krebs, der sich sehr langsam — in 9 Jahren — entwickelte. Die Operation war von vollkommener Heilung gefolgt.

PARMENTIER.

111) **Goris. Zwei Fälle von halbseitiger Larynxexstirpation. (Deux cas d'hémilaryngectomie.)** *Société belge de Chir. 27. April 1912.*

In beiden Fällen von malignem Tumor trat Heilung ein.

PARMENTIER.

112) **Mermod. Was leistet die Elektrolyse beim endolaryngealen Krebs? (Que peut l'électrolyse dans le cancer endolaryngé?)** *Revue hebdom. No. 28. 1912.*

Bei einem Mann kam es nach endolaryngealer Ausschneidung eines carcinomatös entarteten Stimmbandes alsbald zum localen Recidiv. Da Patient von einer anderen Intervention nichts wissen wollte, entschloss sich Verf. zur elektrolytischen Behandlung. In 5 Sitzungen von je einer Viertelstunde am gut cocainisirten Kehlkopf mit einem Strom von 15 M.-A. und zwei Nadeln hat Verf. ein dem Aussehen und der Function nach normales Stimmband das Recidiv ersetzen gesehen. Heilung seit über einem Jahr andauernd. In zwei anderen mehr ausgedehnten Fällen blieb das gute Resultat aus, doch wurden Patienten insofern gebessert, als die Tracheotomie umgangen werden konnte.

LAUTMANN.

113) **Lexer** (Jena). **Vorstellung eines Falles von Exstirpation des Larynx wegen Carcinom.** *Corresp.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. No. 7. 1912.*

Bei einem 63jährigen Mann hatte das Carcinom beide Stimmbänder ergriffen und die Schilddrüse infiltrirt. Totalexstirpation des Larynx, Einnähung der Trachea in den unteren Wundwinkel. Pat. hat gelernt, mit seiner Pharynxstimme zu sprechen, ja sogar grössere Sitzungen zu leiten und längere Reden zu halten.

SEIFERT.

114) **E. Herczel** (Budapest). **Kehlkopfkrebs, vor 15 Jahren operirt.** *Orvosi Hetilap. No. 1. 1912.*

Totalexstirpation des Kehlkopfes vor 15 Jahren. Kein Recidiv. Patient ist jetzt 79 Jahre alt.

POLYAK.

115) **R. Botey. I. Neue Methode die Trachea an die Haut zu fixiren bei der totalen Laryngectomie. (Nouvelle méthode d'implantation de la trachée à la peau dans la laryngectomie.) II. Neue Methode der Tracheotomie beim Kehlkopfkrebs. (Nouvelle méthode de trachéotomie dans le cancor du larynx.)** *Arch. internat. de laryng. No. 3. 1912.*

Verf. behauptet, dass auch die best angelegte Trachealfistel nachträglich schrumpft und eine spaltförmige Oeffnung wird, die uns zwingt, nachträglich die Trachealcanüle einzuführen. Um dieses Schrumpfen zu vermeiden, schlägt er vor, rechts und links von der Trachealfistel in einer Entfernung von 10—12 mm vom Rand je ein halbmondförmiges Hautstück von 10—15 mm Breite auszuschneiden, um so durch Narbenzug eine permanente Weite der Trachealöffnung zu erhalten.

Wenn aus irgend einem Grunde es nöthig ist, die Tracheotomie vor der Laryngectomie zu machen, so räth Verf., um den bekannten Nachtheilen dieser präventiven Tracheotomie zu entgehen, dieselbe horizontal zwischen unterem Cricoidrand und erstem Trachealknorpel im fibrösen Bindegewebe anzulegen. Man muss dann allerdings eine eigene platte Canüle verwenden. Die Vortheile waren mannigfach, und namentlich war die Technik eine leichte. Verf. giebt nicht an, dass Moure vor ihm diese horizontale Tracheotomie beschrieben hat, allerdings nicht aus denselben Indicationen wie Verf.

LAUTMANN.

f) Schilddrüse.

116) **E. Oppikofer** (Basel). **Paraffin-Wachsausgüsse von Larynx und Trachea bei strumöser Bevölkerung.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Verf. hat 125 Paraffin-Wachsausgüsse von Kehlkopf und Luftröhre hergestellt, normale und pathologische Fälle jeder Alterslage. Die vortrefflichen Negative sind auf Tafeln abgebildet. Zur Benutzung gelangte ein von Hansemann empfohlenes Gemisch von Wachs (10 Theile), Colophonium (1 Theil) und Paraffin (2 Theile). Larynx und Trachea wurden zum Zweck der Application an einem durch den Zungengrund geschlagenen Nagel mit den Hauptbronchien aufgehängt, die Korkzapfen zum Verstopfen der Hauptbronchien zugespitzt, um einen Druck auf die Bronchialwand zu vermeiden, mit Nadeln fixirt und zum Verstopfen kleiner

Oeffnungen mit dem Paraffin-Wachsgemisch umstrichen. Die in den verschiedenen Lebensjahren zahlreichen Variationen in den Grössenverhältnissen des Larynx und der Trachea kommen bei diesem Verfahren genügend zur Darstellung.

W. SOBERNHEIM.

117) **Tord Dreijer** (Finnland). **Strumastatistik aus der Gemeinde Rantasalmi für das Jahr 1911. (Strumastatistik fran Rantasalmi ar 1911.)** *Finsk Läkaresellskapets Handlingar 1912.*

Bei einer auf das Vorkommen von Tuberculose gerichteten statistischen Untersuchung der Bevölkerung wurden zugleich auch die beobachteten Strumafälle notirt. Die Untersuchung, welche 8130 Personen — davon 3969 männlichen und 4161 weiblichen Geschlechts — umfasste, hat ergeben, dass von sämmtlichen untersuchten Individuen 1118 oder 13,7 pCt. eine Vergrösserung der Schilddrüse darboten. Von den untersuchten Männern waren 293 (= 7,4 pCt.), von den Frauen 825 (= 19,8 pCt.) mit Struma behaftet. Die Struma-Prozentzahlen bei Männern und Frauen verhielten sich somit zueinander wie 1 : 2,7. Bei den Männern ergab sich die höchste Strumaprocentziffer (18,1 pCt.) für die Altersgruppe von 10 bis 20 Jahren, bei den Frauen befand sich der Culminationspunkt (34,9 pCt.) in der gleichen Altersgruppe. — Was die Grössenverhältnisse der Struma betrifft, so entfallen auf die Rubrik „kleine Struma“ 203 männliche (= 69,3 pCt.) und 394 (= 47,8 pCt.) weibliche Fälle; zu den Fällen mit „mittelgrosser Struma“ gehören 88 (= 30 pCt.) männliche und 402 (= 48,7 pCt.) weibliche Fälle; die Kategorie „grosse Struma“ endlich umfasst von beobachteten Fällen 2 (= 0,6 pCt.) männliche und 29 (= 3,5 pCt.) weibliche. Die Procentziffer der „kleinen Struma“ ist innerhalb der Altersgruppe von 0—10 Jahren für das männliche Geschlecht etwas grösser (4 pCt.) als für das weibliche (3,6 pCt.). Sowohl für die „kleine“ als auch für die „mittelgrosse“ Struma erreicht die Procentziffer ihren Höhepunkt in der Altersperiode von 10—20 Jahren. Die Procentzahl der „grossen Struma“ culminirt bei Frauen im Alter von 50—70 Jahren mit 0,7—0,6 pCt. Bei Männern ist eine „grosse Struma“ nur in 2 Fällen beobachtet worden, beide Male im Alter von 60—70 Jahren. Die Strumafälle sind in der Gemeinde ziemlich gleichmässig vertheilt, kein einzelnes Dorf kann als ein besonderer Kropfherd bezeichnet werden. Die Struma scheint den davon Befallenen keine besonderen Beschwerden zu verursachen. Kein einziger Fall von Morbus Basedowii ebenso wenig wie von Cretinismus ist beobachtet worden.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

118) **S. Mc Guire. Analyse der wegen Kropfs während des letzten Jahres am St. Lukashospital operirten Kranken. (Analysis of cases of goitre operated upon during the past 12 months at St. Lukas hospital.)** *West Virginia med. journ. Januar 1912.*

Verf. berichtet über 23 Fälle. Die durchschnittliche Operationsdauer betrug 30 Minuten; die Patienten blieben durchschnittlich 7 Tage im Bett und 2 Wochen im Hospital. Das Endresultat war völlige Heilung in 12 Fällen von einfachem Kropf, ein befriedigendes Resultat in 4 Basedowfällen. Die Nervosität, schnelle Herzaktion und der Tremor wurden in 9 Basedowfällen beseitigt und in den übrigen erheblich gebessert.

EMIL MAYER.

119) **Hedinger** (Basel). **Zur Lehre von der Schilddrüsentuberculose.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. 1912.*

Unter 659 operativ gewonnenen Strumen fanden sich in 10 Fällen tuberculöse Veränderungen in der Schilddrüse; die klinische Diagnose wurde aber nur in einem Falle gestellt. Es handelte sich stets um die sogenannte Struma nodosa, die Tuberkel lagen theils im internodären Schilddrüsengewebe, theils in den Follikeln selbst. Die Schilddrüsentuberculose hat grosse Neigung zur spontanen Ausheilung.

SEIFERT.

120) **Ch. Lenormant. Tuberculose der Schilddrüse. (Tuberculose du corps thyroide.)** *Presse méd. 13. Juli 1912.*

Uebersichtsartikel. Die miliare Tuberculose der Schilddrüse ist selten, man hat darüber discutirt, ob in der Drüse immunisirende Stoffe vorhanden sind.

GONTIER DE LA ROCHE.

121) **Arnd** (Bern). **Beiträge zur Klinik der Schilddrüsentuberculose.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. 1912.*

In den drei mitgeteilten Fällen wurde die Diagnose erst durch die histologische Untersuchung gestellt. Klinisch lag keinerlei Verdacht auf Tuberculose vor.

SEIFERT.

122) **Poncet** und **Leriche. Syphilis der Schilddrüse. (Syphilis du corps thyroide.)** *Société de chir. 29. Mai 1912.*

38jährige Frau mit Thyreoiditis lignosa. In Anbetracht der syphilitischen Antecedentien wurde eine energische Jod-Quecksilberkur eingeleitet, jedoch ohne Resultat. Man exstirpirte die Drüse in der Annahme, es handele sich um ein Carcinom. Kurz darauf Recidiv in der Trachea, das zu schweren dyspnoischen Störungen führt. Behandlung mit Salvarsan; darauf eclatante Besserung, nach einigen Monaten völlige Heilung. Mikroskopische Untersuchung des Tumors: Riesenzellen inmitten eines embryonalen Gewebes.

GONTIER DE LA ROCHE.

123) **G. R. Gridlestone. Hochgradigste Dyspnoe in Folge rapider Hypertrophie der Schilddrüse. (Extreme dyspnoea due to rapid hypertrophy of the thyroid.)** *Brit. med. journ. 12. October 1912.*

13jähr. Knabe, der seit 2 Wochen an Dyspnoe in Folge einer schnellen Vergrösserung des rechten Schilddrüsenlappens litt. Plötzlich wurde die Dyspnoe höchst bedrohlich; es trat Cyanose und Bewusstlosigkeit auf. Sofortige Operation ohne Narkose; der rechte Schilddrüsenlappen wurde entfernt. Darauf Nachlassen aller Symptome. Histologische Untersuchung der Drüse ergab Dilatation der Acini und Füllung derselben mit dem gewöhnlichen Colloid.

J. WRIGHT.

g) Oesophagus.

124) **Ph. M. van der Haer** (Haag). **Röntgenogramme der Speiseröhre. (Röntgenogrammen van den slokdarm.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 12. 1912.*

Uebersichtsartikel und Demonstration von Röntgenogrammen.

H. BURGER.

125) **H. Timmer** (Amsterdam). **Speiseröhrenstrictur bei Kindern. (Slokdarmstrictuur bij kinderen.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 14. 1912.*

Demonstration eines Falles von chemischer Verätzungstrictur bei einem kleinen Kinde. Röntgenuntersuchung zeigt, dass die Strictur sich über den grössen Theil der Speiseröhre erstreckt. Oberhalb derselben ist die Röhre erweitert. Die Abschliessung ist keine vollständige. Feste Nahrung geht nicht durch; flüssige unregelmässig, bald nicht, bald ein wenig. Sondirung misslang immer. Sieben Einspritzungen mit Fibrolysin hatten keinen Einfluss auf die Strictur, verursachten nur Intoxikationserscheinungen, Nausea, Schläfrigkeit, kleinen frequenten Puls, Collaps. — Sämmtliche zur Dilatation angegebenen Methoden waren erfolglos. Magenfistel nach Witzel. Unter Ernährung durch die Fistel nahm das Körpergewicht rasch zu (von 17 auf 26 kg).

H. BURGER.

126) **Guisez** (Paris). **Die locale Application des Radiums beim Oesophaguskrebs. (Application locale du radium dans le cancer de l'oesophage.)** *Société des chirurgiens de Paris. 26. April 1912.*

Die Erfahrung des Verf.'s erstreckt sich auf 29 Fälle, die alle ösophagoskopisch diagnosticirt wurden. Die Radiumanwendung ist leicht, mittels einer Sonde wird das Radium, dessen Menge nicht weniger als 6—7 cg betragen darf, bis zur Höhe der Verengerung gebracht. Die Gesammtdauer der Application soll 30 Stunden betragen, die in Sitzungen von 4 Stunden Dauer vertheilt werden. Verf. gebraucht die Bezeichnung Heilung für zwei im Anfangsstadium behandelte Fälle, während für alle übrigen eine bedeutende Besserung constatirt wurde.

GONTIER DE LA ROCHE.

127) **Guamaccia. Ein neues frühzeitiges Symptom zur Diagnose des Krebses im oberen Drittel des Oesophagus. (Un nouveau signe diagnostique précoce du carcinome du tiers supérieur de l'oesophage.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 1. 1912.*

Dies Zeichen besteht in der sogenannten Retrofixation der Zunge. Patient kann trotz der grössten Anstrengung die Zunge nicht über einige Centimeter (?) über die Mundöffnung hinausstrecken, ohne Schmerzen zu verspüren.

LAUTMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege.

Herausgegeben von Katz, Preysing und Blumenfeld. Verlag Kabitzsch, Würzburg. — I. Band, 2. Hälfte, Lief. 6; III. Band, Lief. 1—2; IV. Band, Lief. 1—2.

Die Schlusslieferung der 2. Hälfte des 1. Bandes bringt „die phlegmonösen Entzündungen der oberen Luftwege" von Edm. Meyer (Berlin) und die „septischen Erkrankungen" von Kissling (Hamburg). E. Meyer bespricht der Reihe nach die Phlegmonen und Abscesse der Nase, die diffusen Phlegmonen des Pharynx und Larynx, die Phlegmonen und Abscesse der drei

Mandeln. Mit der stumpfen Eröffnung des peritonsillitischen Abscesses (wie sie u. A. auch vom Ref. befürwortet ist), hat M. sich nicht befreunden können und bevorzugt die hergebrachte Incision. Bei den Phlegmonen des äusseren Halses, insbesondere der Angina Ludovici, räth Verf. zu frühzeitiger und ausgiebiger Eröffnung von aussen. — Kissling bespricht die pharyngogene und otogene Sepsis, unter Betonung des Werthes der bakteriologischen Untersuchung des Abstrichs und namentlich des Blutes. K. hebt die besondere Vorliebe des Streptococcus für den Rachen hervor.

Seifert (Würzburg): „Die Chirurgie der äusseren Nase“ eröffnet den III. Band. Hier wird das Gebiet der Chirurgie weit überschritten, und oft spricht mehr der Dermatologe. Dies ist sehr willkommen zu heissen, denn der dermatologischen Diagnostik und Therapie bedarf der Rhinologe fast auf Schritt und Tritt. In der Hauptsache operativ ist die Therapie beim Rhinophym (Keilexcision, Decortication, subcutane Exstirpation). Carcinom und Lupus sollen nach Verf. nur in bestimmten Fällen operirt werden. Er liebt sehr die Röntgenbehandlung, den Kohlensäureschnee, Pyrogallol (beim Lupus). Die Pfannenstiel'sche Methode ist noch nicht erwähnt. Auf S. 31 u. 63 sind zwei Bilder verwechselt worden (Lupus und Carcinom).

Es folgt: Bönninghaus (Breslau): „Die Operationen an den Nebenhöhlen der Nase“, ein durch grosse Uebersichtlichkeit und Präcision der Darstellung ausgezeichnetes Capitel, das von der Beherrschung des Stoffes wie dem Lehrtalent des Verf. gleichmässig Zeugnis ablegt. Die Arbeit zerfällt in 3 Abschnitte: 1. Die Operationen bei den entzündlichen, 2. bei den nichtentzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen, 3. bei den intracraniellen Complicationen. Der erste, an Umfang überwiegende Abschnitt wird durch eine kurze Darstellung der Diagnostik eingeleitet; dann folgen die Operationsverfahren an den einzelnen Höhlen sowie bei combinirten Eiterungen. Das praktisch Wichtige ist hervorgehoben, und doch wird jedem Autor sein historisches Recht. Bei den Operationen an der Kieferhöhle mit Anlegung einer nasalen Oeffnung oder Gegenöffnung scheut B. nicht die Entfernung eines grossen Theils oder der ganzen unteren Muschel. — Bei der Stirnhöhle ist Ritter's Modification der Killian'schen Operation (Erhaltung der Vorderwand) noch nicht berücksichtigt.

Der zweite Abschnitt gilt den Operationen bei Mucocele, Cysten und Polypen, Osteomen und bösartigen Tumoren. Der dritte Abschnitt, in der vorliegenden Lieferung nur theilweise enthalten, soll später besprochen werden.

Der vierte Band beginnt mit der „Resection und Exstirpation des Larynx, Pharynx und Oesophagus“ von Gluck und Sörensen. Die Verfasser sind ohne Frage die competentesten auf diesem Gebiet. Die von Gluck ersonnene Methodik besteht in der queren Durchtrennung und circulären Einnähung der Trachea, der exacten Trennung dieser und der Wundhöhle von den Speisewegen, Eröffnung des Larynx und Pharynx erst nach ihrer völligen Isolierung und Mobilisirung und nach Ausräumung der Drüsen. Diese Principien haben die beiden Gefahren, die diesen Operationen anhafteten, Schluckpneumonie und Wundinfection, ausgeschaltet und dadurch die Mortalität bedeutend herabgesetzt. Die Operationen und ihre Nachbehandlung werden eingehend und klar geschildert, durch anschau-

liche Tafeln erläutert. Das Capitel wird sicherlich viele Laryngologen veranlassen und zugleich befähigen, die sog. „grosse Halschirurgie“ selbst in die Hand zu nehmen; in Frankreich, Amerika etc. ist sie bereits Domäne der Specialisten.

Es folgen dann, ebenfalls von Gluck und Sörensen: Die Operationen an der Mandibula, an der Zunge, die Ligatur der Arteria carotis, die Chirurgie der Schilddrüse. Auch hier liegt der Schwerpunkt im Technischen. Eigene Methoden bringen die Verff. besonders bei der Exstirpation der Zunge, bei den einheilenden Prothesen nach Unterkieferresection, bei der Kropfexstirpation. Das Capitel „Schilddrüse“ ist noch nicht völlig erschienen.

Arth. Meyer (Berlin).

---

b) **Anselme Schwartz. Chirurgie du thorax suivie d'un chapitre supplémentaire sur les applications de la broncho-oesophagoscopie à la chirurgie du thorax par F. Lemaitre.** Chez Octave Doin et fils. Paris 1912. 147 figures. 879 pages.

In dem letzten Jahrzehnt hat sich die Chirurgie des Thorax, wenn auch nicht im selben Maasse, wie die abdominale Chirurgie, so doch derart entwickelt, dass eine zusammenfassende Uebersicht über dieselbe sich doch verlohnte. Für uns Laryngologen stellt der Thorax ein Gebiet dar, auf dem wir dem Chirurgen vielleicht mehr noch, als der Internist Führerdienste leisten können. Es ist daher auch für Laryngologen nicht ohne Interesse, über die Chirurgie dieses Terrains aufgeklärt zu sein, wenn es auch zum Heile unserer Specialität zu wünschen ist, dass wir unsere chirurgische Thätigkeit nicht über das Gebiet hinaus, das uns das Endoskop zeigt, ausdehnen. Schwartz hat in einer Reihe von Capiteln eine übersichtliche Zusammenfassung dessen gemacht, was in den letzten 10 Jahren von den verschiedenen Autoren allenthalben zerstreut publicirt worden ist. Bei der grossen Ausdehnung des Gegenstandes ist es wahrscheinlich, dass Schwartz nicht überall auf eigener Erfahrung fussen konnte und in manchen Capiteln die Erfahrung Anderer hat zu Worte kommen lassen müssen. Ueberall ist jedoch das kritische Urtheil des Autors deutlich hervortretend, so dass der Leser nicht rathlos den verschiedenen Vorschlägen gegenübersteht, sondern stets eine bestimmte Meinung erfährt. So z. B. hat Schwartz offenbar keine besondere Erfahrung betreffs der neuesten chirurgischen Behandlung der Lungentuberculose und dennoch bietet er dem Leser ein genaues kritisches Bild über die verschiedenen Vortheile der Collapstherapie, der Freund'schen Operation.

Unser besonderes Interesse aber erfordert der Anhang. Hier sind wir in unserem ureigensten Territorium und zwar in der Technik und praktischen Anwendung der Broncho-Oesophagoskopie. Nichts kann besser die Bedeutung der endoskopischen Methoden illustriren, als das Bedürfniss, das Schwartz empfand. dieses allerneueste Capitel der thoracalen Chirurgie seinem Buche einzuverleiben. So wie heute noch die Dinge stehen, musste sich der Chirurg an den Laryngologen wenden und kein Besserer konnte hierfür gefunden werden, als Lemaitre, der sich durch seine Thätigkeit am Hopital Lariboisière eine Erfahrung in der Bronchoösophagoskopie aneignen konnte, die ihn besonders berufen machte, diesen

Theil der Chirurgie des Thorax auseinanderzusetzen. Ohne jeden theoretischen Umschweif, rein praktisch, wird zuerst die Technik der Oesophagoskopie, dann der Bronchoskopie auseinandergesetzt. Die klare Darstellungsweise wird noch durch schematische Bilder auf das glücklichste unterstützt. Wenn es möglich ist, die Endoskopie aus einem Buche zu lernen, so ist Lemaitre's Darstellung hierzu ganz besonders geeignet. Im zweiten Theil wird die endoskopische Technik für die praktischen Fälle verwerthet und zwar, wie es für den Special-Chirurgen passt, wird hauptsächlich die Extraction der Fremdkörper aus dem Oesophagus, der Krebs der Speiseröhre und der Spasmus des Oesophagus ausführlich behandelt. Jeder Griff ist sozusagen veranschaulicht, eine ganze Reihe von kleinen Tricks, die man sich erst durch lange Mühe aneignet, sind zum grössten Vortheil des Anfängers hier veröffentlicht. Die praktische Bedeutung der Bronchoskopie ist ja haupsächlich für den Chirurgen in der Extraction der Fremdkörper gegeben. Was hierüber zu sagen war, giebt Lemaitre an und damit ist für den Chirurgen eigentlich alles erschöpft. Nichtsdestoweniger bespricht Lemaitre auch den Rest der Pathologie der Trachea und der Bronchien insoweit, als sie hier und da in der Praxis des Chirurgen Bedeutung gewinnen kann. Auf die Einzelheiten lässt sich selbstverständlich nicht eingehen, aber es mag noch erwähnt werden, dass nicht nur der Anfänger, sondern auch der erfahrene Endoskopiker die Arbeit Lemaitre's mit Interesse und vielleicht auch mit Nutzen lesen wird. Wer in der Medicin aus eigener Erfahrung schreibt, ist sicher, das Interesse des Lesers zu fesseln.

Lautmann.

---

c) Polnische oto-laryngologische Gesellschaft in Lemberg.

Sitzung vom 30. April 1912.

Vorsitzender: Jurasz.
Schriftführer (in Vertretung): Lehm.

Stachiewicz bespricht einen Fall von Larynxcarcinom bei einem Kranken, den er schon vor 20 Jahren wegen Insufficienz der Stimmbänder behandelt hat. In der letzten Zeit entstanden Infiltrate des rechten Aryknorpels und des Lig. ary-epiglotticum. Die Diagnose schwankte zuerst zwischen Lues und Tuberculose. Eine in Meran vorgenommene Wassermann'sche Probe soll positiv ausgefallen sein, der subjective Zustand des Kranken besserte sich nach einer antiluetischen Cur, doch blieben die Infiltrate bestehen. Jurasz, der den Kranken dann untersuchte, vermuthete eine bösartige Neubildung, was auch eine durch ihn vorgenommene Probeexcision bestätigte. Der Kranke fuhr nach Berlin, wo ihm von Gluck der Kehlkopf exstirpirt worden ist. Der Zustand des Kranken ist zur Zeit ein verhältnissmässig guter.

Mondschein (Stanislau) stellt einen 73 jährigen Kranken vor mit starken Athembeschwerden, hervorgerufen durch grosse Infiltration des rechten Stimmbandes wie auch des rechten Aryknorpels. Er sah den Kranken zum ersten Mal

vor 2 Jahren und vermuthete eine Kehlkopftuberculose. Das jetzige Bild würde mehr für eine Neubildung (Sarkom) sprechen. Die inzwischen vorgenommene Probeexcision erwies Carcinom.

Litwinowici demonstrirt ein Fleischstück mit einem Knochen, das er vor einigen Stunden aus dem Schlunde vermittels der Oesophagoskopie entfernt hat. Der Bissen lag 3 Tage im Schlunde, 16 cm von den Zähnen entfernt, und war bereits in Zersetzung begriffen.

Lehm bespricht die Therapie der Tuberculose der oberen Luftwege nach der Pfannenstiel'schen Methode und demonstrirt 3 Kranke (1 Lupus und 2 Tuberculoma nasi), die er vermittels dieser Methode mit gutem Erfolg behandelt hat. Redner wandte dieses Verfahren auch bei 2 Skleromfällen — aber ohne Erfolg — an.

Lehm stellt weiter eine Kranke mit einer vollständigen narbigen Atresie des rechten Naseneinganges nach Lupus vor. Nach Anwendung von Elektrolyse, Laminariastiften und dickwandigen Drains wurde eine grosse (gleich der der gesunden Seite) Oeffnung gebildet. Auf stereoskopischen Bildern sieht man den Zustand der Kranken vor der Behandlung.

Sitzung vom 11. Juni 1912.

Vorsitzender: Jurasz.
Schriftführer: Wieser.

Wieser stellt einen kranken Soldaten mit einer linksseitigen Posticuslähmung vor. Nach einer anstrengenden Uebung verspürte der Kranke vor zwei Wochen einen Schmerz in der Brustgegend und 2 Tage später stellten sich bei jeder grösseren Bewegung Athembeschwerden ein. Das linke Stimmband befindet sich in Phonationsstellung unbeweglich, sowohl beim Sprechen wie beim Athmen. Die Röntgenuntersuchung ergab nichts Abnormes. W. glaubt, die Lähmung sei die Folge einer Neuritis.

In der Discussion bestätigt Stachiewicz das Vorkommen einer vorübergehenden Stimmbandlähmung als Folge einer Erkältung, was er an eigener Person erfahren hat. Jurasz hält den vorgestellten Fall für eine typische Lähmung des M. crico-arytaenoideus posticus und erläutert den Unterschied zwischen dieser und der Recurrenslähmung.

Wieser stellt einen Kranken mit einem epilaryngealen Tumor vor. Der Tumor, hart und dunkelroth, füllt den ganzen Nasenrachenraum aus. W. glaubt, dass das Neugebilde vom unteren Rande der Choane entspringe und hält es für ein Fibrom. Im linken mittleren Nasengange befand sich ausserdem ein Schleimpolyp von der Grösse einer Walnuss, der entfernt wurde.

Berlstein bespricht einen Fall von beiderseitiger completer Taubheit und beiderseitiger totaler Vestibularausschaltung nach Salvarsan.

Sitzung vom 2. Juli 1912.

Vorsitzender: Jurasz.
Schriftführer: Wieser.

Jurasz giebt bekannt, dass er auf dem Amtsärztecongresse in Krakau über das Sclerom gesprochen habe, und dass folgende von ihm gestellten Anträge einstimmig angenommmen wurden:

1. Jeder Scleromfall muss der Behörde gemeldet werden, ähnlich wie die Infectionskrankheiten.

2. In den Hauptcentren sollen Stationen eingerichtet werden, die mit allen nöthigen Mitteln zur Untersuchung und Behandlung des Scleroms zu versehen sind.

3. Sollten alljährlich internationale Congresse stattfinden, die sich mit der Scleromfrage beschäftigen.

Lehm stellte eine 19jährige Kranke mit angeborenem Kehlkopfdiaphragma vor. Die Membran, die sich von der vorderen Commissur erstreckte, nahm $^2/_3$ der Glottis ein, reichte also bis zu den Proc. vocales und bildete bei der Phonation eine Falte, die sich in die Stimmritze einzwängte und Heiserkeit verursachte. Sonst keine Athembeschwerden. Die Patientin willigte in keine therapeutischen Eingriffe ein. Redner giebt bekannt, dass er den Fall in einer Fachzeitschrift ausführlich besprechen wird.

In der Discussion erzählt Meier, dass er in der Klinik eine erworbene Membranbildung, die $^1/_3$ der Glottis einnahm, beobachtet habe, und die nach Diphtherie entstanden sei.

Wieser stellt einen Kranken mit Sclerom des weichen Gaumens, der Gaumenbögen und des Kehlkopfes vor. Als vor einigen Monaten sich der Kranke zum ersten Male in der Klinik meldete, war im Kehlkopfe keine Spur einer Erkrankung vorhanden, nur waren die Gaumenbögen und der weiche Gaumen mit der Umgebung narbig verwachsen, auch fehlte jede Infiltration. Es wurde daher Lues vermuthet. Die Wassermann'sche Probe war jedoch negativ. Das jetzige Bild spricht entschieden für Sclerom.

Jurasz berichtet über einen Fall von Fremdkörper des Oesophagus bei einem 8 Monate alten Kinde. Das Kind verschluckte ein 6kantiges, scharfrandiges Blechstück, das zum Einsetzen des Dochtes bei Oellampen dient, konnte aber dabei Flüssigkeiten ohne Beschwerden schlucken. Auf dem Röntgenogramm zeigte sich der Fremdkörper senkrecht stehend in der Höhe der Schlüsselbeine und der ersten Rippe. Obgleich die Oesophagoskopie gestattete, nicht nur den Fremdkörper, der 18cm von den Kiefern entfernt war, zu sehen, sondern auch mit einer Zange zu fassen, musste man dennoch von der Extraction absehen. Das Blechstück war nämlich fest eingekeilt und würde beim Extrahiren sicher grosse Verletzungen des Schlundes verursachen, somit bedenkliche Folgen nach sich ziehen. Nachträglich wurde die Oesophagoskopie noch zweimal vorgenommen und stets ein neuer Versuch auch den Fremdkörper zu durchschneiden oder zu biegen

gemacht, aber ohne Resultat. Inzwischen bildete sich um den Fremdkörper eine Schwellung, die weitere Manipulationen noch mehr erschwerte.

Schliesslich wurde im Kinderspital Oesophagotomie ausgeführt, bei der festgestellt wurde, dass die Entfernung des Fremdkörpers selbst nach seiner Blosslegung grosse Schwierigkeiten darbot. Das Kind befindet sich noch in Behandlung mit bester Aussicht auf vollständige Heilung. Wieser.

---

d) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Einundzwanzigste Versammlung, 18. und 19. November 1911, Amsterdam.

Vorsitzender: Schutter.

In den Vorstand werden wieder gewählt: Schutter, Vorsitzender, van Anrooy, Schatzmeister und Burger (Amsterdam, Keizersgracht 317) Secretär-Bibliothekar.

Es wird beschlossen, die internationalen laryngologischen und otologischen Congresse für das Jahr 1919 nach Holland einzuladen.

1. J. K. A. Wertheim Salomonson und L. Bouman (Amsterdam): Analyse oscillographischer Vocalcurven.

Demonstration der Instrumente und der Methode. Die Vortheile derselben sind, dass ziemlich grosse, sehr leserliche Curven unmittelbar erhalten werden, und dass dieselben so scharf sind, dass sie eine zehnmalige Vergrösserung gut vertragen. Dabei ist eine unmittelbare Ausmessung mit dem Millimetermaass möglich. Auch ist, vom Mikrophon abgesehen, die Theorie sämmtlicher in Gebrauch kommender Apparate genau bekannt und kann das Genauigkeitsmaass der Curven leicht bestimmt werden. Der Complex Transformator und Oscillograph gestattet mit gleicher Genauigkeit Schwingungen von 80 bis 7000 pro Secunde fehlerfrei zu registriren. Unter 80 und über 7000 kommen Correctionen vor, welche indessen ziemlich leicht dargestellt werden können. Demonstration von Vocalcurven und deren Analysen.

Discussion:

Quix fragt, ob nicht die phonographische Methode sicherer sei, weil dabei bessere Controle möglich ist. Auch fragt er, ob im Oscillographen die Röhre keine störende Resonanz giebt.

Salomon antwortet, dass wir vom Oscillographen viel mehr wissen als vom Phonographen und dass, wenn einmal der Apparat fertig ist, die Untersuchung viel einfacher ist. Die Resonanz der Röhre ist durch ein Kautschukband beseitigt worden.

Struycken hegt viele Bedenken: Die Fehler des Mikrophons werden nicht erkannt. Das relative Intensitätsverhältniss für einfache Töne ist nicht controlirt. Was repräsentiren die Analysen, die physikalische oder die physiologische Intensität?

Bouman ist bei seinen Analysen Hermann gefolgt.

2. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Demonstration eines Falles von Laryngostomie.

Bei einem 4 jährigen Kinde Tracheotomie wegen Diphtherie. Unmögliches Decanülement wegen hartnäckiger Granulationsbildung. Bei der Operation wurde eine T-förmige weiche Killian'sche Drainröhre in die Wunde vernäht und einige Wochen später wieder entfernt, worauf die äussere Wunde sich bald schloss.

3. J. Leopold Siemens (Amsterdam): a) Demonstration eines Falles von Fibrom der unteren Nasenmuschel, operirt nach Rouge.

Nasenverstopfung, Nasenbluten, Kopfschmerzen seit 4 Jahren, starker Fötor, Anosmie. Harte, leicht blutende Geschwulst füllt die Nase und einen Theil des Nasenrachens aus. Mit Rücksicht auf die Blutungen und auf die unbekannte Insertionsstelle war ein radicaler Eingriff angezeigt. Derselbe wurde nach Rouge gemacht: Operation nach Tracheotomie am hängenden Kopf, Pharynxtamponade. Die Operation dauerte fünf Viertelstunden; starke Blutung; es musste ein grosses Loch in der Scheidewand gemacht werden. Die Geschwulst ging vom hinteren Theil der unteren Muschel aus und war mikroskopisch ein Fibrom mit myxömatöser Entartung. Vollständige Heilung; kein Recidiv.

Discussion:

Kan empfiehlt für solche Fälle die perorale Intubation nach Kuhn.

b) Demonstration eines Falles von angeborener Choanenatresie.

Beschwerden erst seit dem 15. Jahre. Kein Zeichen von Lues. S. fand eine Crista septi rechts, geschwollene untere Muscheln und viel Secret in der Nase. Postrhinoskopisch eine beiderseitige Atresie, in welcher nur rechts eine 0,5 cm lange spaltförmige Oeffnung. Normale Gaumenwölbung. Hörschärfe normal. Bei der Phonation sieht man durch die linke Nasenseite die Membran sich bewegen. Mit dem Politzer'schen Verfahren kann durch beide Seiten Luft in den Rachen geblasen werden. Nasenathmung ausgeschlossen; Rhinolalia clausa. In der Jugend hat Patient gut singen können. Die membranösen Verschlüsse hat S. mittels Messer und Zange abgetragen.

c) Demonstration einer angeborenen Fistel des vorderen Gaumenbogens.

Ovales, bohnengrosses Loch mit glattem Rande im rechten vorderen Bogen. Anamnestisch weder Lues noch Diphtherie.

4. J. van der Hoeven Leonhard (Amsterdam): Demonstration von Instrumenten.

Fremdkörperhäkchen für das Ohr, Perforatoren in verschiedenen Grössen für die laterale Nasenwand, Stanzen für die Eröffnung der Stirn- und Kieferhöhlen, Wundhaken für Stirnhöhlenoperation, Verbesserung am Mathieu'schen Tonsillotom.



5. A. Roozendaal (Amsterdam): Perforirende Wunde des Kehlkopfes durch Fremdkörper.

Eisensplitter beim Schmieden durch die Weichtheile des Halses bis ins Larynxinnere hindurchgeschleudert. Einfache Entfernung des Fremdkörpers im Kehlkopfspiegelbild.

6. P. Th. L. Kan (Leiden): a) Demonstration eines Keilbeinhöhlenpräparates.

Die linke Keilbeinhöhle geht oberhalb der rechten hinüber bis an den rechten Opticuscanal.

b) Demonstration eines Nasenrachenfibroms.

Die Geschwulst wurde von Korteweg mit Hülfe der peroralen Intubation nach Aufklappung der Nase mit den Fingern, von welchen einer durch die Nase und einer durch den Mund eingeführt wurde, abgetragen.

Discussion:

Ter Kuile rühmt zur Zerstörung dieser Geschwülste, anstatt der viel empfohlenen Electrolyse, die Diathermie, mittelst welcher die Geschwulst schnell und mit geringer Blutung zur Nekrose gebracht werden kann. Nur ist der Apparat sehr kostspielig (700 Mk.).

Struycken hat oft mit der peroralen Intubation operirt. Unangenehm ist dabei die Raumbeschränkung im Munde durch die Röhre und bei Bronchitis die schwierige Expectoration durch die lange Röhre.

Kan und Schutter sahen diese Operation mehrere Male mit Hülfe der peroralen Intubation ausführen, und loben die letztere. Beim Operiren mit hängendem Kopfe ist die Blutung sehr stark.

Struycken bemerkt, dass die Blutung durch Einspritzung von Adrenalin erheblich eingeschränkt werden kann.

Polak erinnert an seine frühere Demonstration eines durch Electrolyse geheilten Falles.

7. H. Burger (Amsterdam): Demonstration dreier Kinder mit Siebbeineiterung und Nasenmissbildung Typus Gundu.

Bei 3 Geschwistern, 9, 10 und 11 Jahre alt, waren die Nasen durch Polypen gänzlich verlegt und die äusseren Nasen im knöchernen Antheil symmetrisch verdickt. B. weist auf die relative Seltenheit von Polypen und Siebbeinaffectionen bei jungen Kindern hin und dazu auf die relative Seltenheit der äusseren Complication bei der so sehr häufigen Polypenbildung. Weil hier diese Seltenheiten sich bei 3 Geschwistern vorfinden, so meint er, es müsse eine unbekannte Aetiologie hier im Spiele sein. Er erinnert an die tropische Gundu, welche mit derselben Entstellung einhergeht, welche Polypen bei jungen Personen zu verursachen im Stande sind. Bei älteren Polypenpatienten findet sich ein anderer Missbildungstypus.

Discussion:

Brat hält familiäre Siebbeineiterung für nicht so selten. Er sah sie einmal bei Geschwistern; das eine Kind hatte ausserdem eine Kieferhöhlenentzündung. In einer anderen Familie hatte ein Kind Siebbeineiterung, ein anderes Kind einen vom Siebbein ausgehenden Polyp.

Broeckaert hat einen Mann behandelt, dessen Nasenwurzel durch Polypen auseinander getrieben war, unter Bildung von Dehiscenzen zwischen den Nasenbeinen. Er hat hier das Siebbein von aussen operirt mit schönem kosmetischen Erfolg. Das älteste der 3 demonstrirten Kinder könnte ebenfalls mit Vortheil von aussen operirt werden.

Struycken meint, dass bei jedem Polypenpatienten unter 20 Jahren die knöcherne Nase verbreitert sei, wie er mittelst Gypsabdrücken feststellte. Das Siebbein lasse sich von der Nase aus operiren; Operation von aussen sei überflüssig.

8. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Acute Thyreoiditis.

Periodische, schmerzhafte Schwellung der Schilddrüse mit subjectivem Klopfen im Halse und in der Herzgegend und Angstgefühl bei einem 15jährigen Mädchen. Keine Stenose; Temperatur 37,6 (Achsel); Puls 64—72. Im Spiegelbild nichts Abnormes. Unter beruhigender, antiphlogistischer Therapie allmähliche Heilung.

Discussion:

Van Anrooy erwähnt einen Fall von acuter Thyreoditis mit Abscedirung, Tracheotomie, Heilung.

Van Gilse sah eine acute Strumitis. Nach Ablauf Sprachstörung in Folge Schwellung an der Zungenwurzel, wo bekanntlich Schilddrüsengewebe vorkommen kann.

9. Th. E. ter Kuile (Haag): Stimmphysiologie, mit Berücksichtigung der elektrischen Vocalsirene.

T. K. demonstrirt einen von ihm construirten Vocalapparat, in welchem stark gedämpfte Klangröhren auf den membranösen Boden angeschlagen werden. Das **ü** und **i** hat er noch nicht producirt, sämmtliche andere Vocale und deren Uebergänge wohl. Wie man durch Flüstern und durch Beklopfen der Wangen mehrere Vocale produciren kann, so kann er auch ohne Grundton durch einen einzigen Anschlag seiner Klangröhren die verschiedenen Vocale mehr oder weniger deutlich angeben. Die alte Theorie, dass das Ansatzrohr (Mundhöhle) einen oder mehrere Obertöne verstärke, ist verwerflich. Je einfacher der Stimmbandton, um so schöner und reiner der Vocal. Für den Falsettton giebt Redner eine neue Theorie. Das plötzliche Anschlagen des Klangrohres entsteht durch plötzliches Zerren der Stimmbänder am musculo-membranösen Boden des Klangrohres. Der Angriffspunkt dieses Zuges ist die Insertionsstelle des Lig. conicum und des M. crico-thyr. am Schildknorpel. Die Verkürzungen der Stimmbänder werden auf das Lig. conicum übertragen durch Vermittlung des Ringknorpels, der dabei um eine durch die Ringschildknorpelgelenke gehende Achse sich dreht. So ist es möglich, dass bei der



Falsettstimme kräftige Töne producirt werden, ohne deutliche Luftverdichtungen in der Luftröhre und ohne Explosionen oberhalb der Stimmbänder. Bei der Bruststimme wird also primär die Luftmasse im Klangrohr (Rachen- und Mundhöhle) in Schwingung versetzt und die Wandungen schwingen secundär. Bei der Falsettstimme wird primär die muskulöse Bodenwand der Rachen- und Mundhöhle zum Schwingen gebracht und es schwingen die Luftmasse und die übrigen Wände secundär. Der Bruststimme entspricht die Marage'sche Vocalsirene, der Falsettstimme Redners elekromagnetischer Vocalapparat. Der charakteristische Unterschied zwischen Sprech- und Singstimme besteht darin, dass bei der ersteren die Eigentöne der Vocale ihre Schwingungszahl beibehalten, auch wenn sich dieselben zum Stimmton nicht harmonisch verhalten. Bei der Singstimme dagegen runden sich die Eigentöne automatisch zu harmonischen Obertönen des Stimmtones ab. Dadurch gehen bei der Singstimme die eigenthümlichen Vocalunterschiede bis zu einer gewissen Höhe verloren. Am stärksten zeigt sich dies, wenn Vocale mit niedrigem Eigenton angegeben werden sollen.

Redner demonstrirt einen Vocalapparat, der aus Mund- und Nasenhöhle besteht und bei welchem er sowohl Rhinolalia clausa wie aperta imitiren kann.

Discussion:

Zwaardemaker vermag die alte Erklärung der Falsettvocale nicht ohne Weiteres aufzugeben. Sowohl im acustischen Eindruck wie in den Vocalanalysen findet man den Grundton anwesend. Bei zweckentsprechender Registration kann man denselben immer nachweisen. Redner zweifelt gar nicht daran, dass auch im Ter Kuilen'schen Apparat der Grundton nachweisbar sei.

Ter Kuile antwortet, dass der Grundton physikalisch nicht abwesend sein muss, sondern, dass er abwesend sein kann. Hermann hat ihn bisweilen nicht gefunden.

de Rochemont sagt, dass Hermann den Grundton mitunter äusserst schwach erscheinen sah und dass Hensen denselben ein paar mal mit Fourrier'scher Analyse = 0 fand. Beide haben sich darüber sehr gewundert, weil er acustisch deutlich anwesend war. Scripture lehrt, dass man in Vocalcurven Fourrier'sche Analysen in frictionellen Sinusoiden nicht machen darf, weil dabei der Frictionsfactor vernachlässigt werden würde. Macht man Fourrier'sche Analysen in frictionellen Sinusoiden mit dem richtigen Frictionsfactor, dann kommt ganz sicher der Grundton als der stärkste der partiellen Töne zu Tage.

10. A. Sikkel (Prag): A. Eine aus der Nase in den Nasenrachen gewachsene Cyste.

Dieselbe entsprang im mittleren Nasengang.

B. Einige Fälle von infectiöser Entzündung in Nasen- und Rachenhöhle.

I. Angina und acute Entzündung des Pharynx und der Nase bei einem 40 jährigen Manne: zugleich vom äusseren Gehörgang ausgehende Erysipelas.

Letztere heilt rasch mittels dick aufgebrachten unverdünnten Ichthyols, welches Mittel S. gegen Erysipelas wärmstens empfiehlt.

II. Von der Nase und vom Rachen ausgehende Allgemeininfection, welcher der 55 jährige Patient innerhalb zweier Tage erlag.

III. Acute Tonsillitis der dritten Mandel mit nachfolgender, leichter centraler Pneumonie bei einem 6 jährigen Knaben.

11. W. Schutter (Groningen): Poliklinische Adenotomie.

Sind bei der Adenotomie klinische Behandlung und allgemeine Narkose erforderlich? S. macht vor der Operation eine Einblasung von 10 proc. Pulv. Cocaini und hält Narkose für unnöthig. Eine bei seinen früheren Patienten gehaltene schriftliche Enquète hat gezeigt, dass bei 389 Kindern, über welche Antworten eingelaufen sind, Complicationen nicht aufgetreten sind. Nur einmal wurde leichtes Fieber, einmal kurz dauernder Kopfschmerz, einmal leichter Ohrenschmerz erwähnt. Weder vorangehende Desinfection des Nasenrachens noch nachherigen Spitalaufenthalt erachtet er nothwendig.

Discussion:

Brat äussert sich gegen Narkose. Dagegen zieht er kurze Spitalverpflegung vor und sah seitdem keine Complicationen mehr.

Ter Kuile operirt immer in Chloräthylnarkose, nicht wegen der Schmerzhaftigkeit, sondern mit Rücksicht auf die Nerven.

Polak betrachtet Eczema faciei als eine Contraindication. Spitalaufnahme und Narkose seien nur höchst selten nöthig.

12. H. F. Minkema (Helder): Das Vorkommen adenoider Vegetationen bei malayischen Schulkindern.

Auf Timor (Niederl. Indien) hat M. 250 Kinder einer Schule untersucht. Die Zahl rein malayischer Kinder, bei welchen Spiegeluntersuchung gelang, betrug 204. Adenoide fand er 51 mal, bei den Knaben in 24 pCt., bei den Mädchen in 26 pCt. Bei einer früheren Schuluntersuchung in Helder hat er ziemlich übereinstimmende Zahlen (23 und 21 pCt.) gefunden. Das Klima auf Timor ist sehr trocken und heiss, also das Umgekehrte von Holland.

13. P.H.C. van Gilse (Haarlem): Nasenlocalisation von Diphtherie.

Es giebt eine Form der Nasendiphtherie, welche nicht zur typischen Form mit Pseudomembranbildung gehört, wie sie als ernste Complication der Halsdiphtherie auftritt. Auch deckt sie sich nicht mit der acuten katarrhalischen Form, wie sie z. B. Zarniko beschreibt, und ebensowenig mit dem Bilde der Rhinitis fibrinosa. Dieselbe ist charakterisiert durch Abwesenheit heftiger Erscheinungen, weiter durch die Bildung braunrother, leicht ablösbar Krusten; daneben besteht mehr oder weniger profuse, seröse oder glasige Absonderung. Endlich ist sie charakterisirt durch Ueberwiegen einer Seite. Die Patienten sind nicht eigentlich krank, fühlen sich indessen schlaff und müde und sehen elend aus. Die Affection wurde von v. G. 22 mal beobachtet. Es haben sich unter diesen Fällen typische



Nachkrankheiten gezeigt: Gaumenlähmung, Stimmbandlähmung (ein Fall). Auch wurde Uebergang in Rhinitis fibrinosa, gleichfalls in typische Halsdiphtherie wahrgenommen. Bei einem Patienten hohes Fieber, von Serumeinspritzung günstig beeinflusst.

Mehr als reine Bacillenträger sind diese Patienten für ihre Umgebung gefährlich. Auch dürften mitunter sogenannte Bacillenträger an dieser Affection leiden. Bei der Suche nach Bacillenträgern ist die Untersuchung des Nasensekrets niemals zu unterlassen.

H. Burger.

---

e) Oto-rhinologische Gesellschaft zu Madrid.

Sitzung vom 20. April 1911.

Hernandez: Erfahrungen mit dem Pharyngoskop von Harold-Hays.

H. zeigt sich nicht sehr befriedigt von dem Hays'schen Pharynkoskop; er zieht die gewöhnliche Rhinoscopia posterior vor.

Sitzung vom 26. Mai 1911.

Jiménez Encina: Ein Fall von syphilitischer Erkrankung der Bronchien.

Der Patient, der wegen Stenose des Larynx eine Canüle trug, zeigt syphilitische Veränderungen am Eingang zu den Bronchien. Dieselben können mittelst der Bronchoscopia inferior leicht gezeigt werden. Nach Anwendung von Salvarsan hat sich die Athmung erheblich gebessert.

Botella: Ein Fall von traumatischer Zerreissung des Gaumensegels.

Sitzung vom 30. October 1911.

Jiménez Encina: Kehlkopfpapillome. Vorstellung eines Falles von recidivirenden Papillomen bei einem 13jährigen Kinde.

E. ist ein Anhänger der endolaryngealen Methode.

Rueda glaubt, dass die Papillome tuberculöser Natur seien; man finde sie stets bei schwächlichen und scrophulösen Kindern. Wenn auch die histologische Untersuchung keine Anzeichen von Tuberculose ergäbe, so seien doch diese Kinder sicher Träger von tuberculösen Toxinen.

Botella: Fremdkörper des Bronchus.

5jähriges Kind, das seit 40 Tagen im rechten Bronchus einen Melonenkern trug. Extraction in Chloroformnarkose mittelst Bronchoscopia superior. B. betrachtet als charakteristisch für die Fremdkörper einen trockenen Husten mit einem besonderen rauhen Klang.

Hernandez Perez: Sarkom der Mandel.

P. spricht von den günstigen Resultaten täglicher Atoxylinjectionen in inoperablen Fällen.

Sitzung vom 27. November 1911.

Gereda: Hysterische Taubstummheit.

G. stellt einen Knaben vor, der im August einen leichten Schlag gegen den Hinterkopf erhielt und 48 Stunden darauf Sprache und Gehör verlor. Keine neuropathischen Antecedentien, auch nicht in der Famile. Pat. wurde geheilt, jedoch trat nach 14 Tagen derselbe Zustand wieder ein, jetzt aber begleitet von Masseterentrismus nebst Paralyse der Zunge und des Gaumensegels. Es war schwer, den Trismus zu überwinden. Erfolgreiche Anwendung der Hypnose. Zwei Monate später Wiederauftreten der Erscheinungen mit grosser Sehstörung.

Rueda: Paraffinom der Nase und seine Correction.

Es handelte sich um ein Paraffinom, das aus zwei längs des Nasenrandes verlaufenden Tumoren bestand. R. entfernte das Paraffin mittelst einer linearen Incision und ersetzte es durch ein Bündel Catgut. Ausgezeichnetes Resultat.

R. zieht dem Paraffin von hohem Schmelzpunkt solches von niedrigem Schmelzpunkt vor; die besten Resultate hat er durch Einpflanzung von Catgut.

Gereda hat 43 Fälle mit Paraffin behandelt und schliesst sich in Bezug auf die Bevorzugung des weichen Paraffins Rueda an. Von der Verwendbarkeit des Catgut ist er nicht überzeugt, da es sich nicht wie das Paraffin modelliren lässt. Nach seinen Erfahrungen giebt die Paraffinprothese bei syphilitischen Sattelnasen keine guten Dauerresultate, sondern nur bei traumatischen.

Sitzung vom 29. December 1911.

Gereda: Vorstellung von Fällen.

1. Patient mit tertiärer Kehlkopflues. Injection von Salvarsan. Rapide Heilung und Umgehung der vorher nothwendig erscheinenden Tracheotomie.

2. Ein Fall, in dem nach Salvarsaninjection rechtsseitige Ertaubung und Erblindung eintrat.

Cisneros fordert, dass der Salvarsaninjection eine specialistische Ohrenuntersuchung vorausgehe.

Sitzung vom 29. Januar 1912.

Bertrau: Pharyngo-Mycosis leptothricia.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die klinische Diagnose und zeigt die Siebenmann'sche Hyperkeratose. Die Behandlung bestand in der Extraction der weissen Pfröpfe und nachträglicher Aetzung mit dem Galvanokauter.

Rueda befürwortet die Anwendung der Galvanokaustik, da in dem Narbengewebe sich die Hyperkeratose nicht wieder bilde.

Ranvirez Santaló: Ein Fall von Staphylokokken-Croup.

Alle klinischen Symptome sprachen in diesem Fall für diphtherischen Croup; die Untersuchung ergab jedoch die Abwesenheit der Diphtheriebacillen und das Vorhandensein von Staphylokokken. Tracheotomie. Heilung.



Rueda: Zahncyste des Oberkiefers.

Patient mit allen Erscheinungen des Oberkieferempyems; Fistelgang nach der Wange, dicht unterhalb des Orbitalrandes. Eröffnung des Antrum. Man findet die Höhle mit Granulationen erfüllt, zwischen ihnen Zahnstücke ohne bestimmte Form. Im oberen Theil der Höhle sah man einen Molarzahn, der extrahirt wurde; seine Wurzel sass im periostalen Gewebe des Orbitalbodens. Tapia.

III. Briefkasten.

Salvarsanbehandlung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Mit dem Referat über „Die Methoden und Resultate der Behandlung der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten mit Salvarsan und anderen arsenhaltigen Mitteln" auf dem im nächsten Jahre in London tagenden internationalen medicinischen Congress betraut, bitte ich die Herren Collegen, mir gütigst Hinweise auf ihre einschlägigen Arbeiten und Beobachtungen, möglichenfalls Separate oder kurze briefliche Mittheilungen zugehen lassen zu wollen.

Mit verbindlichstem Dank im Voraus Prof. Gerber (Königsberg i. Pr.)

Semonlectureship in Laringology an der Universität London.

Die Eröffnungsvorlesungen werden am 22. und 24. Januar 1913 um 5 Uhr von Dr. P. McBride im University-College London gehalten werden. Das Thema lautet: „Sir Felix Semon, sein Lebenswerk und sein Einfluss auf die Laryngologie." Alle Fachgenossen sind willkommen.

Edward Woakes †.

Im Alter von 75 Jahren starb in Fareham Edward Woakes. Er hatte seine Ausbildung am St. Thomashospital erhalten, betrieb dann in Luton allgemeine Praxis und liess sich im Jahre 1876 in London nieder, wo er bald einen grossen Ruf als Specialist für Ohren-, Hals- und Nassenkrankheiten erlangte. Bis zur Niederlegung seiner Praxis im Jahre 1904 war er consultirender Otologe am London Hospital; er war einer der Mitbegründer des London Throat Hospital in Great Portlandstreet. W. war ein origineller Denker. Sein Verdienst ist es, zuerst auf Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut und der darunter liegenden Knochen hingewiesen zu haben. Wenn auch seine Lehre von der „Necrosing ethmoiditis" den lebhaftesten Widerspruch herausforderte und, wie insbesondere Hajek nachwies, auf einer „ungeheuren logischen Verwirrung" beruhte, so erfordert doch die Gerechtigkeit, anzuerkennen, dass diese Lehre den Ausgangspunkt bildete für das genauere Studium der Polypen und der pathologischen Anatomie des Siebbeins und dass W. selbst durch seine Arbeiten erheblich zur Kenntniss dieses Gebiets beigetragen hat. F.

Personalnachricht.

Prof. Romeo Mongardi, Privatdocent für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde an der Universität Bologna, ist gestorben.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVIII. Berlin, December. 1912. No. 12.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente.

1) **Kahler** (Freiburg i. Br.). **Die Laryngologie und Rhinologie in ihren Beziehungen zur allgemeinen Diagnostik.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Antrittsvorlesung anlässlich der Uebernahme der Klinik. Nach einigen würdigenden Worten seiner Lehrer, vor Allem Chiari's, und seines Vorgängers an der jetzigen Station, Killian's, bespricht der Vortragende die zahlreichen Wechselbeziehungen der Erkrankungen der oberen Luftwege mit Allgemeinerkrankungen und den Erkrankungen in entfernteren Organen. HANSZEL.

2) **A. Trifiletti. Rechenschaftsbericht über das Jahr 1911/1912. (Rendiconto dell' anno scolastico 1911/1912.)** *Neapel 1912.*

Im Jahre 1911/1912 sind an der Poliklinik für Hals- und Nasenkranke der Universität Neapel (Director F. Massei) 1593 Kranke behandelt worden. Dieser Bericht ist insofern bemerkenswerth, als es der letzte aus der rein laryngologischen Klinik in Neapel ist; nach dem Tode Cozzolino's wird Massei in Zukunft einer vereinigten oto-laryngologischen Klinik vorstehen. Aus den einleitenden Worten Massei's geht hervor, dass diese Verschmelzung, die Ref. von seinem Standpunkt aus nur bedauern kann, dem Gesetz gemäss hat erfolgen müssen. FINDER.

3) **Gustav Killian** (Berlin). **Die Schwebelaryngoskopie.** *Fränkel's Archiv für Laryng. Bd. XXVI. H. 2. 1912.*

Verf. giebt zunächst eine sehr ausführliche Beschreibung des Werdegangs der Schwebelaryngoskopie von ihren ersten Anfängen am Leichenmaterial bis zu ihrer heutigen Vollendung.

Von den verschiedensten Instrumenten, die in der ersten Zeit benutzt wurden, sind im Grossen und Ganzen nur der Spatel und der Galgen übrig geblieben.



Der Hakenspatel besteht aus einem 32 cm langen Stiel, der durch einen verschiebbaren Bügel mit einer schmalen Platte, deren Ebene parallel der Spatelebene liegt, verbunden ist. Diese Platte findet ihre Stütze an den oberen Schneidezähnen und regulirt mittels ihrer Verstellbarkeit die Oeffnung des Mundes. Das obere nach vorn gekrümmte Ende des Hakens dient zur freien Befestigung an dem Galgen. Der eigentliche Zungenspatel ist ein Rinnenspatel von V-förmigem Querschnitt, der in 4 verschiedenen Grössen senkrecht zum Hakenstiel befestigt wird. Der Galgen, der am Operationstisch befestigt wird, ist eine verstellbare verticale Säule mit einem bis zur Mitte des Operationstisches reichenden Arm; der Galgen lässt sich in der Längsachse des Operationstisches in 28 ccm Entfernung bewegen, eine Höhendifferenz von 20 cm lässt sich durch Verschiebung des verticalen Theiles des Armes mittels Kurbelbewegung erzielen.

Für die Schwebelaryngoskopie am geeignetsten sind alle diejenigen Patienten, bei denen die directe Untersuchung auf keine Schwierigkeiten stösst.

Die locale Anästhesirung des Zungengrundes, der Epiglottis und des Kehlkopfinnern sowie des Pharynx geschieht mit 20 proc. Cocain- allenfalls mit 25 proc. alkoholischer Lösung.

In den meisten Fällen wird man zweckmässig daneben Morphium-Scopolaminnarkose geben und zwar 6 dmg Scopolamin und 2 cg Morphium in zwei Portionen je 2 und 1 Stunde vor der Operation. Der Galgen wird zur rechten Seite des Operateurs am Kopfende des Tisches befestigt. Der Patient wird soweit über den Rand des Tisches gezogen, dass der Kopf frei liegt. Der Stiel des Hakens muss zur guten Einstellung des Kehlkopfs bei mässiger Rückwärtsbiegung des Kopfes mehr oder weniger schräg gegen die Brust des Patienten geneigt sein. Zu der Einführung des Spatels wird der Mund geöffnet und die Zunge herausgestreckt: die Einführung geschieht durch den hinter dem Kopf des Patienten stehenden Operateur langsam an der hinteren Rachenwand entlang ohne Einstellung der Epiglottis. Man dringt bis zur Arygegend vor, drückt den Zungengrund nach vorne, nachdem die an der Zungenplatte befestigte Zahnleiste über die oberen Schneidezähne geführt ist, und nimmt dann die gewünschte Kehlkopfeinstellung, in der das Instrument an dem Galgen fixirt wird. Nach diesem Vorgange wird der Mund soweit als möglich durch Entfernung der Zahnplatte von dem Zungenspatel geöffnet.

Meist erhält man auf diese Weise neben dem Kehlkopfinneren eine Uebersicht über die Mundrachenhöhle, die man durch Einführung eines langen Rinnenspatels bis zur vorderen Commissur bis zum Hypopharynx übersehen kann: unter Umständen lässt sich auch die Schwebetracheoscopie ausführen.

In etwa 50 Fällen hat die Schwebelaryngoskopie bisher Anwendung gefunden, ohne dass üble Folgen sich ergeben hätten. Die grössten Erfahrungen wurden bei Kehlkopftuberculose gesammelt; die Geschwüre wurden ausgekratzt, herumhängende Fetzen mit der Curette abgetragen und gegen Infiltrate der Tiefenstich angewandt. Scopolamin-Morphium vertrugen die Patienten gut. In zweiter Linie kamen die Papillome der Kinder in Narkose zur Operation; die Papillome konnten mit Kugelzange bequem gefasst werden, wodurch Tracheotomie umgangen wurde.

Die Patienten setzen dieser Behandlungsart keinen erheblichen Widerstand entgegen.

W. SOBERNHEIM.

4) **Bruneau de Laborie** (Paris). **Radiotherapie bei tuberculösen Lymphdrüsen. (Traitement radiothérapique des adénopathies tuberculeuses.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 5. Mai 1912.*

Verf. empfehlen die Methode, mittels deren es gelingt, noch nicht erweichte Drüsen zum Rückgang und die andern zur Evacuation zu bringen, auf das Wärmste.

GONTIER DE LA ROCHE.

5) **E. Niffle. Conservative Behandlung der Halsdrüsenentzündungen. (Le traitement conservateur des adénites cervicales.)** *Le Progrès méd. No. 9. Mai 1912.*

Verf. verwirft die blutigen Operationen und empfiehlt statt dessen die Injection nach vorhergehender Punction; die Technik ist einfach, giebt keine Narben und verspricht völlige Heilung.

PARMENTIER.

6) **A. Kropveld** (Amsterdam). **Holzphlegmone. (Houtphlegmone.)** *Ned. Tijds. v. Gen. I. 8. 1912.*

40jähriger Mann erkrankt am 15. November mit Schmerzen in den Gliedern und Fieber. Aspirin. Nach 8 Tagen ist er hergestellt. 25. November fühlt er ein kleines Knötchen in der rechten Halsgegend. Dasselbe nimmt allmählich an Grösse zu. 9. December. Pat. hält den Kopf schief; Kinn nach links und oben gedreht; rechte Halsseite geschwollen; der Mund wird nur mit Mühe geöffnet. Die Schwellung nimmt genau die Hälfte des Halses ein und ist bretthart; die Haut über derselben nur wenig verschieblich. Laryngoskopisch zeigt sich der Kehlkopf etwas nach links verdrängt; sonst nichts Besonderes. Die Beschwerden lassen bald nach und die Schwellung geht allmählich zurück; 31. December ist sie gänzlich verschwunden.

H. BURGER.

7) **Gerhard H. Cocks. Beitrag zur Pathologie und klinischen Diagnose des Status lymphaticus. (Contribution to the pathology and clinical diagnosis of status lymphaticus.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Trotz Friedleben's Dictum „Es giebt kein Asthma thymicum", ist es Thatsache, dass — wenn auch selten — Fälle von Dyspnoe vorkommen, die rein mechanisch durch den Druck der vergrösserten Drüse auf die Trachea und die grossen Nerven und Gefässe bedingt sind. Als die beiden wichtigsten Momente für die klinische Diagnose bezeichnet Verf. das Ergebniss der Röntgenuntersuchung und den Allgemeineindruck des Patienten; nämlich: das eigenthümlich pastöse Aussehen, das reichliche Fettpolster, die rundlichen Glieder, das spärliche Achsel- und Schamhaar, die mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane und die vergrösserten äusseren Lymphdrüsen.

EMIL MAYER.

8) **J. S. Crossfield. Status lymphaticus.** *Boston med. and surgical journ. 18. Januar 1912.*

Ein $2^1/_2$ Jahre altes Kinde wurde zwecks Entfernung der Adenoiden und Tonsillen in das Hospital gebracht. Zur Narkose wurde Aether tropfenweise ge-



Der Hakenspatel besteht aus einem 32 cm langen Stiel, der durch einen verschiebbaren Bügel mit einer schmalen Platte, deren Ebene parallel der Spatelebene liegt, verbunden ist. Diese Platte findet ihre Stütze an den oberen Schneidezähnen und regulirt mittels ihrer Verstellbarkeit die Oeffnung des Mundes. Das obere nach vorn gekrümmte Ende des Hakens dient zur freien Befestigung an dem Galgen. Der eigentliche Zungenspatel ist ein Rinnenspatel von V-förmigem Querschnitt, der in 4 verschiedenen Grössen senkrecht zum Hakenstiel befestigt wird. Der Galgen, der am Operationstisch befestigt wird, ist eine verstellbare verticale Säule mit einem bis zur Mitte des Operationstisches reichenden Arm; der Galgen lässt sich in der Längsachse des Operationstisches in 28 ccm Entfernung bewegen, eine Höhendifferenz von 20 cm lässt sich durch Verschiebung des verticalen Theiles des Armes mittels Kurbelbewegung erzielen.

Für die Schwebelaryngoskopie am geeignetsten sind alle diejenigen Patienten, bei denen die directe Untersuchung auf keine Schwierigkeiten stösst.

Die locale Anästhesirung des Zungengrundes, der Epiglottis und des Kehlkopfinnern sowie des Pharynx geschieht mit 20 proc. Cocain- allenfalls mit 25 proc. alkoholischer Lösung.

In den meisten Fällen wird man zweckmässig daneben Morphium-Scopolaminnarkose geben und zwar 6 dmg Scopolamin und 2 cg Morphium in zwei Portionen je 2 und 1 Stunde vor der Operation. Der Galgen wird zur rechten Seite des Operateurs am Kopfende des Tisches befestigt. Der Patient wird soweit über den Rand des Tisches gezogen, dass der Kopf frei liegt. Der Stiel des Hakens muss zur guten Einstellung des Kehlkopfs bei mässiger Rückwärtsbiegung des Kopfes mehr oder weniger schräg gegen die Brust des Patienten geneigt sein. Zu der Einführung des Spatels wird der Mund geöffnet und die Zunge herausgestreckt: die Einführung geschieht durch den hinter dem Kopf des Patienten stehenden Operateur langsam an der hinteren Rachenwand entlang ohne Einstellung der Epiglottis. Man dringt bis zur Arygegend vor, drückt den Zungengrund nach vorne, nachdem die an der Zungenplatte befestigte Zahnleiste über die oberen Schneidezähne geführt ist, und nimmt dann die gewünschte Kehlkopfeinstellung, in der das Instrument an dem Galgen fixirt wird. Nach diesem Vorgange wird der Mund soweit als möglich durch Entfernung der Zahnplatte von dem Zungenspatel geöffnet.

Meist erhält man auf diese Weise neben dem Kehlkopfinneren eine Uebersicht über die Mundrachenhöhle, die man durch Einführung eines langen Rinnenspatels bis zur vorderen Commissur bis zum Hypopharynx übersehen kann; unter Umständen lässt sich auch die Schwebetracheoscopie ausführen.

In etwa 50 Fällen hat die Schwebelaryngoskopie bisher Anwendung gefunden, ohne dass üble Folgen sich ergeben hätten. Die grössten Erfahrungen wurden bei Kehlkopftuberculose gesammelt; die Geschwüre wurden ausgekratzt, herumhängende Fetzen mit der Curette abgetragen und gegen Infiltrate der Tiefenstich angewandt. Scopolamin-Morphium vertrugen die Patienten gut. In zweiter Linie kamen die Papillome der Kinder in Narkose zur Operation; die Papillome konnten mit Kugelzange bequem gefasst werden, wodurch Tracheotomie umgangen wurde.

Die Patienten setzen dieser Behandlungsart keinen erheblichen Widerstand entgegen.

W. SOBERNHEIM.

4) **Bruneau de Laborie** (Paris). **Radiotherapie bei tuberculösen Lymphdrüsen. (Traitement radiothérapique des adénopathies tuberculeuses.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 5. Mai 1912.*

Verf. empfehlen die Methode, mittels deren es gelingt, noch nicht erweichte Drüsen zum Rückgang und die andern zur Evacuation zu bringen, auf das Wärmste.

GONTIER DE LA ROCHE.

5) **E. Niffle. Conservative Behandlung der Halsdrüsenentzündungen. (Le traitement conservateur des adénites cervicales.)** *Le Progrès méd. No. 9. Mai 1912.*

Verf. verwirft die blutigen Operationen und empfiehlt statt dessen die Injection nach vorhergehender Punction; die Technik ist einfach, giebt keine Narben und verspricht völlige Heilung.

PARMENTIER.

6) **A. Kropveld** (Amsterdam). **Holzphlegmone. (Houtphlegmone.)** *Ned. Tijds. v. Gen. I. 8. 1912.*

40jähriger Mann erkrankt am 15. November mit Schmerzen in den Gliedern und Fieber. Aspirin. Nach 8 Tagen ist er hergestellt. 25. November fühlt er ein kleines Knötchen in der rechten Halsgegend. Dasselbe nimmt allmählich an Grösse zu. 9. December. Pat. hält den Kopf schief; Kinn nach links und oben gedreht; rechte Halsseite geschwollen; der Mund wird nur mit Mühe geöffnet. Die Schwellung nimmt genau die Hälfte des Halses ein und ist bretthart; die Haut über derselben nur wenig verschieblich. Laryngoskopisch zeigt sich der Kehlkopf etwas nach links verdrängt; sonst nichts Besonderes. Die Beschwerden lassen bald nach und die Schwellung geht allmählich zurück; 31. December ist sie gänzlich verschwunden.

H. BURGER.

7) **Gerhard H. Cocks. Beitrag zur Pathologie und klinischen Diagnose des Status lymphaticus. (Contribution to the pathology and clinical diagnosis of status lymphaticus.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Trotz Friedleben's Dictum „Es giebt kein Asthma thymicum", ist es Thatsache, dass — wenn auch selten — Fälle von Dyspnoe vorkommen, die rein mechanisch durch den Druck der vergrösserten Drüse auf die Trachea und die grossen Nerven und Gefässe bedingt sind. Als die beiden wichtigsten Momente für die klinische Diagnose bezeichnet Verf. das Ergebniss der Röntgenuntersuchung und den Allgemeineindruck des Patienten; nämlich: das eigenthümlich pastöse Aussehen, das reichliche Fettpolster, die rundlichen Glieder, das spärliche Achsel- und Schamhaar, die mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane und die vergrösserten äusseren Lymphdrüsen.

EMIL MAYER.

8) **J. S. Crossfield. Status lymphaticus.** *Boston med. and surgical journ. 18. Januar 1912.*

Ein $2^1/_2$ Jahre altes Kinde wurde zwecks Entfernung der Adenoiden und Tonsillen in das Hospital gebracht. Zur Narkose wurde Aether tropfenweise ge-



geben; es wurde nur eine kleine Quantität des Anästheticum verbraucht. Geringe Blutung. Das Kind wurde augenscheinlich in guter Verfassung vom Operationstisch gebracht. Drei Minuten darauf plötzlicher Athmungsstillstand; Wiederbelebungsversuche fruchtlos. Die Autopsie zeigte ausgesprochene allgemeine Lymphdrüsen-Hyperplasie.

EMIL MAYER.

9) **P. Bustin. Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Thymus. (Effets exercés sur le thymus par les rayons X.)** *Conférences de laboratoires des instituts du parc Léopold. 20. Februar 1912.*

Die Röntgenstrahlen verdienen in Fällen von Hypertrophie der Thymus versucht zu werden.

PARMENTIER.

10) **Ribadeau et Dumas. Hypertrophie der Thymus und Radiotherapie. (Hypertrophie du thymus et radiothérapie.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 1912.*

Nach zwei Bestrahlungen verschwanden im Fall der Verff. Einziehungen und Cyanose und die Durchleuchtung bestätigte die Verkleinerung der Drüse. Einige Monate später starb das Kind an Masern. Die histologische Untersuchung ergab eine Involution analog der, wie man sie bei bestrahlten Thieren findet.

GONTIER DE LA ROCHE.

11) **Charles H. Mayo. Chirurgie der Thymusdrüse. (Surgery of the thymus gland.)** *Annals of surgery. Juli 1912.*

Verf. berichtet über einen in seiner Klinik operirten Fall von Status lymphaticus, bei dem nur ein Lappen der Thymusdrüse entfernt wurde; es trat völlige Heilung ein.

EMIL MAYER.

12) **Klose** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Chirurgie der Thymusdrüse und deren Bedeutung in der Pathologie des Kindesalters und beim Morbus Basedowii.** *Fortschr. d. Med. No. 27. 1912.*

Vor der Radiotherapie der Thymushyperplasie der Kinder muss dringend gewarnt werden. Die Intubation hat bisweilen gestattet, das tiefer sitzende Hinderniss in der Luftröhre direct mit dem Tubus zu passiren. Die Thymusexcision und -fixation genügt für die meisten Fälle der Praxis. Klose hält es in jedem Fall von schwerem Morbus Basedow für geboten, vor der Strumectomie sich von dem Zustand der Thymusdrüse durch Palpation zu überzeugen und diese eventuell zuerst zu reseciren.

SEIFERT.

13) **Milhiet** und **Eschbach. Thymushypertrophie; Thymectomie; Heilung. (Hypertrophie du thymus; thymectomie; guérison.)** *Soc. de chir. 5. Juni 1912.*

7 Monate altes Kind hat seit der Geburt Stridor mit Einziehungen, besonders bei Rückenlage. Percussion und Röntgenuntersuchung ergaben Vorhandensein eines nach rechts sich hinüber erstreckenden substernalen Tumors. Subcapsuläre Enucleation der beiden Lappen, die 10 und 5 g wiegen. Die Operation war leicht; Naht ohne Drainage.

GONTIER DE LA ROCHE.

14) **Ove Strandberg** (Kopenhagen). **Ueber die Behandlung des Schleimhautlupus nach Pfannenstill's Methode.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. 1911.*

Detaillirte Beschreibung der Methode. Die Tampons müssen vom Arzt selbst sehr sorgfältig eingelegt werden, nicht zu fest und nicht zu lose, und so, dass sie mit den kranken Stellen im Contact sind. Sie sollen Tag und Nacht liegen bleiben. Der Kranke hat die 3proc. H_2O_2-Lösung sorgfältig und reichlich genug aufzuträufeln. Dauer her Behandlung 2—3 Monate. Resultate ausgezeichnet.

(Es mag hier gesagt sein, dass Körner, Med. Klinik, 1912, 31, das Wesentliche der Behandlung in der von ihm empfohlenen Joddarreichung erblickt, die auch ohne H_2O_2 ebensogute Resultate ergäbe, wie die sog. Pfannenstill'sche Methode. Vergl. auch Wüstmann, Zeitschr. f. Ohrenheilkde. 1912. Bd. 66).

ZARNIKO.

15) **Ove Strandberg. Pfannenstill'sche Methode und ihre therapeutische Bedeutung. (Pfannenstill's Methode og dens therapeutiske betydning.)** *Svenska Läkartidningen. No. 22. 1912.*

Verf. publicirt hier seinen in der Gesellschaft der Aerzte in Lund am 26. März 1912 gehaltenen Vortrag; es wird eine Darstellung über die Technik (auch nach Reyn), Indicationen und Contraindicationen dieser Behandlung gegeben.

E. STANGENBERG.

16) **Jörgen Schaumann. Etwas über die Theorie der Pfannenstill'schen Methode. (Nagot om den Pfannenstillska metodens teori.)** *Svenska Läkartidningen. No. 29. 1912.*

Verf. kann die Pfannenstill'sche Theorie über die Wirkung seiner Methode nicht annehmen, sondern ist der Meinung, dass die Wirksamkeit dieser Behandlung durch die continuirliche Reizung, die sie auf die Schleimhaut ausübt, zu erklären ist. Durch continuirliche Anwendung von verschiedenen irritirenden Salben hat er ebenso schnelle Resultate wie Pfannenstill bekommen.

E. STANGENBERG.

17) **James Strandberg. Bericht über die Resultate, die in der Finsenabtheilung des Krankenhauses St. Göran bei der Behandlung von Lupus nasi nach Pfannenstill's Methode erreicht sind. (Redogerölse för de resultat, tom a tjokhuset Sct. Görans Finsenafdelning ernätts vid behandling of lupus cavi nasi eneigt Pfannenstills metod.)** *Svenska Läkartidningen. No. 19. 1912.*

Von 20 behandelten Fällen wurden 11 (55 pCt.) geheilt (?), 5 (25 pCt.) bekamen Recidiv, 1 zeigte sich refractär gegen die Behandlung, 3 hörten damit zu früh auf.

Die Behandlung scheint dem Verf. sowohl für den Kranken wie den Arzt recht mühselig zu sein; der grösste Nachtheil liegt darin, dass ein grosser Theil der Behandlung dem Kranken selbst überlassen werden muss. Die grossen Hoffnungen, die die Behandlung von Anfang erweckte, versagten jedoch bei fortgesetzter Beobachtung der Fälle (Recidiv). „Ideal ist die Methode jedenfalls nicht."

E. STANGENBERG.



18) **Ove Strandberg. Einige Bemerkungen in Folge Dr. James Strandberg's Mittheilungen über Pfannenstill's Behandlung. (Nogle Bemarkninger i Anledning of Dr. James Strandbergs Artikkel om Pfannenstills Behandling.)** *Svenska Läkartidningen. No. 22. 1912.*

Verf., der als Leiter der rhino-laryngologischen Behandlung am Finsen-Lichtinstitut in Kopenhagen eine eigene Technik für die Behandlung des Lupus nasi mit J und H_2O_2 ausgearbeitet hat, hebt, sich auf 104 eigene Fälle stützend, im Gegensatz zu Dr. James Strandberg hervor, dass diese Behandlung allen anderen überlegen ist.

E. STANGENBERG.

19) **James Strandberg. Antwort an Dr. Ove Strandberg anlässlich seiner Bemerkungen über meinen Aufsatz über Pfannenstill's Behandlungsmethode bei Lupus cavi nasi. (Svar till Dr. Ore Strandberg med anledning af hans bemotande af nine uppsats om Pfannenstills behandlings metod vid lupus cavi nasi.)** *Svenska Läkartidningen. No. 29. 1912.*

Verf. kritisirt Dr. Ove Strandberg's Bemerkungen und präcisirt seine Stellung in dieser Frage mit der Aufforderung, bei der Beurtheilung neuer Behandlungsmethoden vorsichtig zu sein.

E. STANGENBERG.

20) **Arthur A. Eisenberg. Die Anwendung des Hexamethylenamin bei Erkrankungen der oberen Luftwege. (The use of hexamethylenamin in the affections of the upper respiratory tract.)** *Journ. american med. assoc. 29. Juni 1912.*

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Ergebnissen: Das Hexamethylenamin ist ein werthvolles Mittel zur Behandlung acuter entzündlicher Zustände der oberen Luftwege. Es muss, um seinen vollen physiologischen Effect entfalten zu können, in genügender Dosis gegeben werden, bis zu 2 g täglich. Es scheint, dass das Mittel im Stande ist, eventuellen Complicationen der acuten Rhinitis, wie Bronchitis und Nebenhöhlenempyemen, vorzubeugen.

EMIL MAYER.

21) **Frisch** (Würzburg). **Ueber Formamintwirkung.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. H. 6. 1912.*

Die Formaminttabletten werden als ein unübertroffenes Prophylacticum bei allen Mund- und Halskrankheiten, sowie gegen allgemeine Infectionskrankheiten bezeichnet.

SEIFERT.

22) **Koerner** (Halle). **Erfahrungen mit Perhydrolmundwasser.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. No. 3. 1912.*

Das reine Perhydrolmundwasser wird als das beste und wirksamste Mundwasser bezeichnet, das wir heute kennen. Längere Anwendung von Nachahmungen, die nicht absolut frei sind von Säuren und anderen differenten Stoffen, schädigt die Zähne. Ein Nachtheil des Perhydrolmundwassers ist der hohe Preis.

SEIFERT.

23) **Schulhof** (Tapiogyörgye). **Ueber Pyocyanase.** *Med. Klin. No. 31. 1912.*

Empfehlung eines Sprays mit Pyocyanase (1—3mal täglich) bei der Behandlung von mit membranösen Ablagerungen einhergehenden Rachenerkrankungen

(Angina crouposa, Angina follicularis, Angina lacunaris, Diphtherie und Scharlach-angina).

SEIFERT.

24) **G. Heermann** (Kiel). **Ueber Mesbé, ein neues Mittel zur Behandlung der Tuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1912.*

H. prüfte eine von dem Farmer Diesseldorff in Centralamerika entdeckte und erfolgreich gegen Tuberculose und Lupus angewandte Pflanze nach, die — mit ihrem botanischen Namen Sida rhombifolia Cubilguitziana — von dem Farmer kurzweg Mesbé genannt wurde. H. wandte sie bei 3 Fällen, deren Krankengeschichten in extenso berichtet werden — es handelte sich um einen Lupus cavi nasi, eine ulcerirte Larynxtuberculose und eine trotz mehrfacher Operationen recidivierende Tuberculose am Warzenfortsatz — mit vorzüglichem Erfolge an, so dass eine Nachprüfung an grösserem Material wünschenswerth und aussichtsreich erscheint. Bei dem Nasenlupus wandte H. Mesbé-Extract local an, bei der Kehlkopfphthise liess H. Mesbé inhalieren und wandte Mesbéextract local in Aufschwemmung an, ebenso bei der Ohraffektion Mesbéextract. Mesbé ist durch jede Apotheke erhältlich.

HECHT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

25) **K. Kassel** (Posen). **Die Nasenheilkunde des Alterthums und der Neuzeit.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 676. 1912.*

Die 3 ersten Abschnitte der „Geschichte der Nasenheilkunde“ sind bereits in der Zeitschr. f. Laryng. veröffentlicht worden. In dem jetzigen Abschnitte behandelt K. die altgermanische Rhinologie, die Rhinologie im Zeitalter der Scholastik, Vorboten der Renaissance, die Rhinoplastik im 15.—17. Jahrhundert, die Rhinologie der Renaissancezeit.

OPPIKOFER.

26) **H. Burger** (Amsterdam). **Entstellung der äusseren Nase bei Polypen und bei tropischer Gundu.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 513. 1912.*

B. sah in der gleichen Familie 3 Fälle, 3 Bauernkinder von 9, 10 und 11 Jahren, bei denen die Nasenpolypen zu einer Abflachung und Verbreiterung der knöchernen Nase geführt hatten.

Im 2. Theil der Arbeit bespricht B. die Gundu („grosse Nase“), eine Tropenkrankheit, die besonders in West- und Ostafrika vorkommt und in der rhinologischen Literatur bis heute fast keine Erwähnung gefunden hat. Die Krankheit entsteht gewöhnlich bereits in den Kinderjahren und macht sich bemerkbar durch blutigeitrige Absonderung aus der Nase und durch eine starke Verdickung der Nasenfortsätze des Oberkiefers. Die meist symmetrischen Schwellungen sind glatt und auf Druck nicht empfindlich; die deckende Haut ist normal und frei beweglich. Nasenärztlich wohl untersuchte Fälle oder Sectionsbefunde fehlen. Auch bezüglich der Aetiologie ist nichts Sicheres bekannt.

5 Abbildungen von Nasenverunstaltung durch Polypen und 8 Abbildungen von Veränderungen der äusseren Nase bei Gundu.

OPPIKOFER.

27) **H. Burger** (Amsterdam). **Entstellung der äusseren Nase bei Polypen sowie bei tropischer Gundu. (Misvorming van den uitwendigen neus bij poliepen en bij tropische goendoe.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 16. 1912.*

Vortrag in der Niederl. Gesellsch. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 1911. Derselbe wurde auch in der Monatsschr. f. Ohrenhlk., 1912, No. 5, S. 513, publicirt. Cfr. vorhergehendes Referat.

H. BURGER.

28) **Ed. Richard. Die Dermoide des vorderen Nasenrandes. (Les tumeurs dermoïdes du bord antérieur du nez.)** *Revue hebdom de laryng. No. 25. 1912.*

Es sind über den Gegenstand fast gleichzeitig drei Arbeiten erschienen (Howell Evans in Brit. journ. of childrens diseases. Dec. 1911. No. 96; Hébert, Thèse de Bordeaux. 1912; M. Jearsby in Brit. journ. of childr. diseases April 1912). Diese Arbeiten bilden die Unterlage des vorliegenden Aufsatzes, in dem noch ausserdem eine Mittheilung Burger's (aus Presse otol. belge. 1906. No. 9) reproducirt wird, aus der ersichtlich ist, dass den congenitalen Dermoiden ähnliche Gebilde auf Grund eines Traumas entstehen können.

LAUTMANN.

29) **W. Wesley Carter. Ueber Nasencorrecturen mittels Prothesen und Knochentransplantation. (Correction des difformités nasales etc.)** *Revue hebdom de laryng. No. 11. 1912.*

Was die Prothese anlangt, so ist sie natürlich bei Brüchen verwendbar. Bei alten Fällen müssen die Knochenstücke mittelst der Zange, die der Autor angegeben hat, vorher mobilisirt werden, bevor man die Prothese anwendet, die im Allgemeinen eine starke Schraube zu sein scheint. Die Technik scheint nicht leicht zu sein. Die andere Form von Nasendifformitäten, die der Autor im Auge hat, sind jene, bei denen es an Knochensubstanz mangelt. Hier verwendet der Autor die Autoplastik, d. h. er schneidet ein Stück der 9. Rippe des Patienten aus, das er durch eine äussere Oeffnung an der Nasenwurzel implantirt.

LAUTMANN.

30) **Harold Hays. Transplantation einer Rippe wegen Eingesunkenseins der Nase. (Transplantation of rib for depressed deformity of nose.)** *Medical Record. 22. Juni 1912.*

In dem mitgetheilten Fall wurde ein Stück von der 9. Rippe, nahe dem sternalen Ende, entnommen; es wurde von beiden Seiten das Periost abgelöst. Die Rippe wurde in ihrer ganzen Länge gespalten und nur die äussere Hülse benutzt, indem das Mark ausgekratzt wurde. Es wurde dann eine Incision in das Periost des Stirnbeins gemacht, das Periost ein Stück hier abgelöst; das Rippenstück wurde in die Depression der Nase eingesetzt, sein oberes Ende zwischen Periost und Knochen des Stirnbeins eingefügt.

EMIL MAYER

31) **John Leshure. Eine Operation zur Verkleinerung zu grossen Flügelknorpels. (An operation for the reduction of redundant alar cartilages.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Eine elliptische Incision wird innen in der Nase so gemacht, dass ihre Achse

mit der des überschüssigen Knorpels — der oft eine ungefähr elliptische Form hat — zusammenfällt und der grösste Umfang der Ellipse mit der Basis des hypertrophirten Knorpels correspondirt. Die eingeschlossene Hautellipse nebst einem keilförmigen Stück Knorpel werden resecirt und die Wundränder werden genäht; das Resultat ist eine Eversion des vorher invertirten Knorpels nebst Haut.

EMIL MAYER.

32) **Onodi** (Budapest). **Die Beziehungen der Thränenorgane zur Nasenhöhle und zu ihren Nebenhöhlen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 385.*

An Hand von 41 Abbildungen erklärt Verf. die Beziehung der Thränenorgane zur Nasenhöhle und den Nebenhöhlen der Nase. Die Schnitte sind theils in frontaler, theils in sagittaler Richtung angelegt, bei Erwachsenen und bei Kindern in verschiedenen Altersjahren.

In einem besonderen Abschnitt weist Verf. auf die wichtige Rolle hin, welche die Nasen- und Nebenhöhlenerkrankungen bei Thränensackleiden spielen. Im Ferneren giebt er eine kurze Zusammenfassung all derjenigen Methoden, die darauf ausgehen, Erkrankungen der thränenableitenden Organe durch rhinochirurgische Eingriffe zu heilen.

OPPIKOFER.

33) **J. Broeckaert** (Gent). **Abtragung des Thränensackes mit Nasendrainage ohne sichtbare Narbe.** *XV. Flämischer Congress für Naturwiss. und Medicin. Ostende 1911.*

B. durchschneidet das untere Thränenkanälchen; incidirt dann die Conjunctiva an der innern Seite der Caruncula und eröffnet das Thränensäckchen an dessen äusserem Rande und resecirt die hintere Wand desselben; darauf wird mittelst Curette die knöcherne Wand breit eröffnet; das Thränenbein wird dabei grösstentheils entfernt und eine Verbindung mit der Nase geschaffen, die wie die Rhinoskopie zeigt, gerade vor der mittleren Muschel mündet.

H. BURGER.

34) **A. Toti** (Florenz). **Die Resultate der Rhinostomie des Thränensackes (Dakryocystorhinostomie) nach meiner siebenjährigen Erfahrung.** *Zeitschr. für Augenheilk. XXVII. 1912.*

Die bisher von anderer Seite veröffentlichten schlechten Erfahrungen mit der Dakryocystorhinostomie sind bedingt durch die Auswahl nicht geeigneter oder wenigstens für den Ungeübten nicht geeigneter Fälle und durch mangelhafte Technik. Der Anfänger sollte sich auf die technisch günstigsten Fälle, das sind die unbehandelten mit Tumor lacrymalis, die ausgesprochenen Sackectasien mit leicht auszupressendem Inhalt von Thränenflüssigkeit und Schleimeiter aus einem oder beiden Thränencanälchen, beschränken. Abbildungen zeigen aus der Orbita die oberflächliche Resectionslinie des Knochens als auch in der Nase am vorderen Theil des mittleren Nasenganges den Knochenschleimhautdefect; das äussere Knochenloch sollte nie kleiner als 18 mm in verticaler Ausdehnung und als 13 mm in horizontaler Richtung angelegt werden und soll am Uebergange vom inneren zum unteren Orbitalrande die Orbitalhöhle um 6—8 mm nach innen unten vergrössern. Das Nasenschleimhautloch muss möglichst genau den Dimensionen und dem Sitz



der vorderen freigelegten Sackwand entsprechen und darf nicht weniger messen als 10—12 mm in verticaler Richtung. Bei dem vierten Theil der in letzter Zeit operirten Fälle erwies sich die Resection des vorderen Theils der mittleren Muschel als nothwendig.

W. SOBERNHEIM.

35) **Löwe** (Berlin). **Weitere Beiträge zur Rhinochirurgie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 889. 1912.*

L. bespricht vorerst die Freilegung der Chiasma-Hypophysis-Interpeduncularregion mit sofortiger plastischer Deckung derselben. Um bei dem Freilegen der Hypophysis eine offene Communication zwischen dem Schädelinnern und der Nasenhöhle zu vermeiden und dadurch die Gefahr der Infection zu vermindern, hat Moszkowicz empfohlen, die Schloffer'sche Operation in 2 Sitzungen vorzunehmen. Es wird in der ersten Sitzung nach Aufklappen der Nase und Eröffnen der Keilbeinhöhle ein Hautlappen von der Stirne her in die Keilbeinhöhle eingelegt, antamponirt und erst später dann die Schädelbasis eröffnet. Bis zur zweiten Operation bleibt die äussere Nase aufgeklappt. Dieser Vorschlag eignet sich nur für die Schloffer'sche Methode, die aber viel complicierter ist als die septale (Hirsch) oder palatinale (Löwe) Hypophysenoperation. Für die beiden letzteren Methoden schlägt nun L., gestützt auf Versuche an der Leiche, ebenfalls einen plastischen Verschluss vor: nachdem das Gebiet der Hypophyse vom harten Gaumen aus freigelegt und der knöcherne Boden der Sella turcica sowie die Hypophysisgeschwulst abgetragen ist, wird die Lücke in der Schädelbasis sofort durch einen Schleimhautlappen gedeckt, den er dem hinteren Theile des Septums und des Nasenbodens der linken Seite entnimmt; diesen streifenförmigen Lappen mit oberer Basis von ca. 4 cm Länge und 2,5 cm Breite klappt er nach oben und tamponirt ihn mit der bindegewebigen Unterfläche auf die der Schleimhautbekleidung beraubte knöcherne Keilbeinhöhlenwand und in die durch die Eröffnung der Sella turcica geschaffene Knochenlücke. Der Defect in der Schleimhaut des Nasenbodens der linken Seite wird dann sofort nach der Operation oder erst in einer zweiten Sitzung durch das Schleimhautblatt des knöchernen Septums der rechten Seite gedeckt. Bei grossen Keilbeinhöhlen würde der Septum-Nasenboden-Schleimhautlappen der linken Seite allein zum Verschluss der Schädelbasis nicht genügen: L. benutzt dann den hinteren Theil der Nasenscheidewand- und Nasenboden-Mucosa beider Seiten zur Deckung. Zum Schluss folgt die Naht durch die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens.

Die gewöhnliche chronische Keilbeinhöhleneiterung, namentlich wenn die Höhle gross ist, empfiehlt L. gleich wie die Hypophyse ebenfalls vom Munde her in Angriff zu nehmen: bei diesem Vorgehen wird die untere Wand der Keilbeinhöhle resecirt und dadurch das Keilbeinhöhleninnere übersichtlicher als bei der gewöhnlich geübten Abtragung der Vorderwand. Ist die Schleimhaut ausgekratzt, so wird nach L. gleich wie bei der Hypophosenoperation die freigelegte knöcherne Wand der Keilbeinhöhle durch Septumschleimhaut gedeckt.

L. erwähnt auch die Möglichkeit, dass einmal, beispielsweise bei Geschwulstbildung, ausgedehnter Zersplitterung des Naseninneren, bei weit- und tiefgreifenden geschwürigen Processen oder bei eingedrungenem Fremdkörper die

gleichzeitige Freilegung beider Hauptnasenhöhlen angezeigt sein könnte. Für diese Fälle würde er empfehlen, die gleichzeitige Freilegung beider Hauptnasenhöhlen ebenfalls vom Munde aus vorzunehmen: Resection des knöchernen Gaumens und dann des Septums mit Wegnehmen der Septumschleimhautblätter im Gebiete der resecirten Nasenscheidewand; zum Schlusse Vernähung des harten und weichen Gaumens.

Die Freilegung der Hypophyse nach Hirsch (submucöse Septumresection) möchte L. ebenfalls dahin modificiren, dass unmittelbar nach der Ausräumung der Hypophysisgeschwulst die eröffnete Stelle der Schädelbasis plastisch gedeckt werden kann, um dadurch eine Communication der Hirnwunde mit der Nase zu vermeiden; unter Benutzung der Kuhn'schen Intubage und der Allgemeinnarkose wird vorerst der weiche Gaumen vom harten abgeschnitten und dann nach der Methode von Rouge die nasalen Gesichtsweichtheile mitsammt den in ihnen haftenden Theilen des viereckigen Knorpels nach oben umgeschlagen. Der Vomer und eventuell auch ein Stück der Lamina perpendicularis werden submucös entfernt, die Keilbeinhöhle eröffnet und die Hypophyse freigelegt. Die Plastik der Schädelbasiswunde ist dieselbe wie bei der oben beschriebenen plastischen Hypophysenoperation. Der Schleimhautlappen aus Nasenscheidewand und Nasenboden lässt sich leicht bilden, wenn vorher das Gaumensegel abgetrennt und die Rouge-sche Decortication vorgenommen ist. Der quere Gaumensegelschnitt wird am Ende der Operation wieder vernäht und der decorticirte Gesichtsweichtheillappen zurückgeklappt. Nach L. hat diese Modification der Hirsch'schen Operation gegenüber der ursprünglichen Methode von Hirsch den Vortheil, dass einerseits nach vorheriger Abhebung der knorpeligen Nase der Operateur um ca. 4 cm der Hypophysis näher ist und andererseits der Hirnbasisdefect sofort plastisch gedeckt werden kann. Andererseits hat aber diese Modification den Nachtheil, dass sie keine „Sprechstundenoperation" ist und wahrscheinlich zweizeitig ausgeführt werden muss, vorerst Rouge'sche Decortication und dann erst Freilegen und Entfernen der Hypophyse. Gegenüber der Operation vom harten Gaumen aus hat dieses septale Verfahren den Vortheil, dass die harte Gaumenplatte nicht resecirt werden muss; dagegen ist es technisch schwieriger als die palatinale Hypophysenoperation und giebt keinen so vollkommenen Ueberblick. Auch diese soeben beschriebene Hypophysenoperation, eine doch grosse Modification der Methode von Hirsch, hat L. bis heute nur an der Leiche ausgeführt. OPPIKOFER.

36) **A. de Kleyn** (Utrecht). **Die operative Behandlung der Hypophysisgeschwülste. (Lets naar aanleiding van de operatieve behandeling bij hypophysisge zwellen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 8. 1912.*

Verf. bespricht ausführlich die verschiedenen operativen Behandlungsmethoden der Hypophysisgeschwülste und bekennt sich als Gegner der Schloffer-schen und Hirsch'schen und sonstigen endonasalen Operationen, weil damit eine radicale Entfernung der Geschwulst nicht zu erreichen ist, weil die Uebersichtlichkeit während der Operation eine ungenügende ist und die Gefahren während und nach der Operation dieselben zu sehr ernsten Eingriffen gestalten.

Im Falle einer Cyste giebt er der einfachen Punction derselben von der

Nase aus den Vorzug. Er beschreibt einen Fall, in welchem nach der Punction die Retinalstauung abnahm und die Gesichtsschärfe sich hob. Es wurde bei der Punction nichts herausbefördert, allein nach dem Zurückziehen der Nadel spritzte unter Druck Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase heraus. Die zuvor gemachte Lumbalpunction hatte gar keinen Erfolg gehabt.

Mit Bezug auf allgemeine intracranielle Druckerscheinungen, namentlich bei ausgesprochenen Stauungspapillen, bevorzugt er im Allgemeinen die Palliativtrepanation vor der Eröffnung der Sella turcica.

H. BURGER.

37) **Citelli** (Catania). **Ueber die physiopathologischen Beziehungen zwischen dem Hypophysensystem und verschiedenen chronischen Erkrankungen des Nasenrachens und der Keilbeinhöhlen.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 514. 1912.*

C. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Bei einigen Krankheiten des Rachengewölbes und der Keilbeinhöhlen trifft man zuweilen in mehr oder minder vollständiger Ausbildung einen Complex psychischer Symptome, im Wesentlichen bestehend in Verminderung oder völligem Verluste des Gedächtnisses, Aprosexie, intellectuellem Torpor und Schlafsucht. 2. Dieser Symptomencomplex, welcher unbehandelt die psychische Entwicklung jugendlicher Patienten dauernd zu beeinträchtigen vermag, kann mit einer operativen oder sonstigen localen Behandlung der obenerwähnten Krankheiten verschwinden. Das gleiche Resultat kann mit einer allgemeinen Hypophysiscur erreicht werden. Eine sichere und dauernde Heilung wird jedoch durch die Combination beider Behandlungsarten erzielt. 3. Der Symptomencomplex, welcher sehr demjenigen ähnelt, wie man ihn oft bei Erkrankungen der Hypophysis antrifft, scheint hypophysärer Natur zu sein. 4. Alle von mir hier und bei anderen Gelegenheiten erörterten Thatsachen sprechen stark für meine Annahme, dass gewisse Affectionen des Pharynxgewölbes und der Keilbeinhöhlen Veränderungen und Erkrankungen der Zirbeldrüse hervorrufen können. Es wäre also zu wünschen, dass man bei letzteren hinfort nicht verabsäumt, sein Augenmerk auf die Gegend des Rhinopharynx zu richten. 5. Meine und Poppi's Theorien gehen von ganz entgegengesetzten Vorstellungen aus und gelangen zu einander diametral gegenüberstehenden Schlussfolgerungen.

Dieser Vortrag wurde am 14. italien. Congress für Laryng. in Rom October 1911 (vergl. Centralbl. f. Laryng. 1912. Bd. 28. S. 115) gehalten.

OPPIKOFER.

38) **Grüter** (Marburg). **Ein Fall von Hypophysentumor mit Krankenvorstellung.** *Med. Klinik. No. 36. 1912.*

Bei einer Frau mit ocularen Symptomen und auffälliger Zunahme an Körperumfang und Gewicht konnte die Diagnose „Hypophysentumor“ durch die Röntgenaufnahme bestätigt werden. Operation kam nicht in Frage.

SEIFERT.

39) **O. Hirsch** (Wien). **Ueber endonasale Operationsmethoden bei Hypophysistumoren mit Bericht über 12 operirte Fälle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 43. 1911.*

Bemerkungen über die Anatomie und die Physiologie der Hypophyse, sowie

über die durch Erkrankungen derselben erzeugten Störungen (Akromegalie, Degeneratio adiposogenitalis, Sehstörungen). Nachdem er erkannt hatte, dass schon durch partielle Entfernung des erkrankten Organs die Folgeerscheinungen günstig beeinflusst wurden, beschloss Verf., auf intranasalem Wege dasselbe zu erreichen, was bisher nur durch grosse und eingreifende Operationen erzielt worden war.

Er berichtet über 12 Fälle, von denen er 11 unter Benutzung der submucösen Septumresection, die auf die Vorderwand der Keilbeinhöhle ausgedehnt wurde, operirte. Es fanden sich alle durch Hypophysentumoren bedingten Krankheitsformen vertreten. In fast allen Fällen trat bedeutende Besserung ein. 2 Todesfälle wären auch bei grosschirurgischer Operation nicht zu vermeiden gewesen.

ZARNIKO.

40) **Goris. Hypophysisoperation wegen Tumors der Sella mit acromegalischen Symptomen. Autopsie. (Intervention sur l'hypophyse pour tumeur sellaire avec symptômes acromégaliques. Autopsie.)** *Académie royale de Belgique. 27. Januar 1912.*

Es handelte sich um ein Sarkom; es bestand Akromegalie, Glykosurie, Adipositas. Operation nach der Methode von Schloffer-von Eiselsberg mit der Modification, dass die Stirnhöhlen, deren Eröffnung in nichts den Zugang zu der Keilbeinhöhle erleichtert, geschont wurden. Exitus erfolgte in Folge acutester Meningitis. Bei der Section ergab sich, dass der Tumor die Sella turcica zerstört hatte und in die Keilbeinhöhle hineinragte, deren Septum verschwunden war.

PARMENTIER.

41) **Orleanski. Ein Fall eines überzähligen Zahnes in der Nasenhöhle.** *Zeitschrift f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 319.*

Bei einem 12 Jahre alten Mädchen fand sich neben einer Rhinitis atrophica eine Perforation im knöchernen Septum und im harten Gaumen, Veränderungen, die auf eine vor einem Jahre durchgemachte Lues bezogen werden konnten. Am harten Gaumen war vorn am Perforationsrand ein Zahn zu sehen, dessen Krone nach vorn und unten gerichtet war. Der Zahn glich einem oberen linken Augenzahn. Die Zähne im Alveolarfortsatz zeigten normale Form und waren in normaler Zahl erhalten.

Patientin bemerkte das Erscheinen des überzähligen Zahnes am harten Gaumen vor einem Jahre, ungefähr zu der Zeit, in welcher die gummösen Veränderungen in Nase und hartem Gaumen sich abspielten. Verf. nimmt an, dass der Zahn ursprünglich in der Nase lag und dann durch den zerstörenden Einfluss der Syphilis in der Mundhöhle, am harten Gaumen, zum Vorschein kam.

OPPIKOFER.

42) **Safranek** (Budapest). **In die Nasenhöhle eingewachsener Zahn.** *Med. Klin. No. 29. 1912.*

In einer Entfernung von 1 cm vom Introitus nasi in der linken Nasenhöhle ein incisivusähnlicher Zahn.

SEIFERT.

43) **M. Herzog** (Budapest). **Fremdkörper in der Nase.** *Orvosi Hetilap. No. 6. 1912.*

Der Fremdkörper, ein 70 mm langes Stück eines abgebrochenen Pfeifenrohres von 6—7 mm Durchmesser, lag über 3 Jahre in der Nase.

POLYAK.

44) **P. J. Mink** (Utrecht). **Zwei Rhinolithe. (Twee rhinolithen.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 15. 1912.*

Ein Rhinolith bei einer 49jährigen Frau hatte seit einigen Jahren zu Nasenverstopfung, schleimiger und oft blutiger Absonderung Veranlassung gegeben; heftiges Niesen, wiederholter Kopfschmerz. Der Stein sass beweglich im unteren Nasengang und wurde mit der Zange extrahirt. Derselbe war mit scharfen Auswüchsen versehen. Der Kern war ein Kirschkern.

Der zweite Stein hatte einen kleinen Wattepfropf als Kern und wurde bei einem 22jährigen Mädchen gefunden, ganz hinten in der Nase, wo er nur Halsschmerzen, keine Nasenbeschwerden verursacht hatte. Bei der Sondirung kam der Fremdkörper zum Munde heraus.

H. BURGER.

45) **Blesius. Ueber Fremdkörper in den Nasennebenhöhlen.** *Diss. Bonn 1910.*

Bei den 8 Fällen, die Verf. der Poliklinik für Nasenkranke in Bonn mittheilt, war der Fremdkörper regelmässig durch eine operativ geschaffene Oeffnung in die Nebenhöhle hereingerathen. Er lag bei 2 Fällen in der Stirnhöhle (Drainrohr, Gazetampon) und bei den übrigen 6 Fällen in der Kieferhöhle (Silberstift, Stück einer Hartgummicanüle, Drainrohr, cariöser Zahn und 2mal Wattepfropf).

OPPIKOFER.

46) **L. Onodi** (Budapest). **Das Verhältniss der Nervi oculometorius, Trochlearis, Trigeminus und Abducens zur Keilbeinhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1912.*

Das Ergebniss der ausführlichen Untersuchungen des Verfassers eignet sich nicht zu kurzem Referate und muss im Original gelesen werden.

POLYAK.

47) **Ladislaus Onodi** (Budapest). **Ueber die Beziehungen der Keilbeinhöhle zu den Nervenstämmen des Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus und Abducens.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Die Resultate der Untersuchungen des Verfassers sind im Grossen und Ganzen folgende:

Die dünne durchscheinende Knochenwand der Keilbeinhöhle berührte direct in einem 12 mm langen Gebiete den Stamm des Nervus oculomotorius, in einem kleinen Gebiete den Stamm des Nervus trochlearis, den des ersten Astes des Nervus trigeminus in einem Gebiete von 7, 10, 11, 12 und 20 mm Länge, den des zweiten Trigeminusastes in einem Gebiete von 6, 10, 13, 17 und 20 mm Länge, den Stamm des Nervus abducens in einem Gebiete von 7, 10, 11, 12, 13 mm Länge.

In einem Falle war der Verlauf des zweiten Astes des Nervus trigeminus an der Keilbeinhöhlenwand an einem 2 cm langen Vorsprung in der Höhle zu sehen.

In einem Falle berührte die rechte Keilbeinhöhlenwand die Stämme des Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus I und des Abducens der linken Seite.

In den anderen Fällen waren keinerlei Beziehungen vorhanden.

Augenmuskellähmungen und Trigeminusneuralgien finden in jenen Fällen inniger Berührung bei Erkrankungen der Keilbeinhöhle ihre pathologische Erklärung.

W. SOBERNHEIM.

48) **C. E. Benjamins** (Semarang, Niederl. Indien). **Eine Mucocele der Keilbeinhöhle. (Een mucocele van de wiggebeensholte.)** *Nederl. Tijdschr. voor Gen. I. No. 8. 1911.*

Der Fall ist auch im Archiv für Laryngologie publicirt und ist bereits referirt worden.

H. BURGER.

49) **Hanau W. Loeb. Der cubische Gehalt und der Flächeninhalt der Keilbeinhöhle. (The cubical capacity and superficial area of the sphenoid sinus.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. März 1912.*

Die nach angegebener Methode angefertigten Ausgüsse zeigen, dass der Cubikinhalt in 20 Keilbeinhöhlen variirt von 0,6—11,8 ccm (Durchschnitt 5,145 ccm), der Flächengehalt betrug 2,4—28,2 qcm mit einem Durchschnitt von 16,65 qcm.

EMIL MAYER.

50) **Glas. Photographien vom Nasenrachenraum.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 25. October 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1912.*

Mittelst der Leiter'schen Camera, die an das Hays-Kahler'sche Pharyngoskop angeschraubt wird, hat der Vortragende hintere Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln und hochgradige symmetrische Septumschwellungen bei Patienten mit Uranokolobom resp. Fehlen der Uvula photographirt und demonstrirt die entsprechenden Bilder.

HANSZEL.

51) **J. C. Henkes** (Middelburg). **Ueber die Lage des Sinus transversus in Beziehung zur Form des Nasenrachenraums.** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 3. 1912.*

Bei 45 wegen Mastoiditis Operirten hat Verf. die Entfernung der vorderen Sinuswand zur Spina supra meatum bestimmt und bei allen auch Höhe und Tiefe des Nasenrachens gemessen. Er fand, dass bei Vorlagerung des Sinus gewöhnlich der Nasenrachen hoch und tief ist und umgekehrt bei nach hinten gelagertem Sinus der Nasenrachen niedrig, indem dessen Höhe die Tiefe übersteigt. Aehnliche Messungen an 30 Schädeln bestätigten dieses Resultat. Vorlagerung des Sinus bestand sowohl bei brachycephalen wie bei dolichocephalen Schädeln.

H. BURGER.

52) **A. Bacher. Die angewandte Anatomie der Tuba Eustachii. (The applied anatomy of the Eustachian tube.)** *The Laryngoscope. Januar 1912.*

Verf. giebt erst eine Beschreibung der vergleichenden Anatomie der Tuba Eustachii bei verschiedenen Thieren, sodann über ihren Verlauf, Grösse etc. bei menschlichen Föten verschiedener Länge, beim Neugeborenen und Erwachsenen.

EMIL MAYER.

53) **C. M. Brown. Polyp der pharyngealen Tubenmündung. (Polyp of the pharyngeal mouth of the Eustachian tube.)** *The Laryngoscope. Januar 1912.*

Bei der postrhinoskopischen Untersuchung fand sich ein Polyp von der Grösse eines gequollenen Reiskorns, der die linke Tubenmündung ausfüllte. Er sass der vorderen Tubenlippe auf und wurde so entfernt, dass eine Schlinge durch den

unteren Nasengang derselben Seite eingeführt wurde und unter Leitung des Hays-schen Pharyngoskops die Schlinge um den Polypen gelegt wurde. EMIL MAYER.

54) **A. Poppi. Blutungen aus dem Nasenrachenraum. (Emorragie rinofaringee.)** *Arch. ital. di otol. Fasc. IV. 1912.*

Ein 40jähriger Schullehrer litt seit einiger Zeit an blutigem Auswurf, der seit einem Jahre den Charakter von Hämorrhagien angenommen hat. Verf. fand ausser sehr ausgesprochenen Zeichen von Adenoidismus einen chronischen Katarrh des Nasenrachens, diffuse dilatirte Venen an der Hinterwand und Reste von adenoiden Vegetationen. Nach Auskratzung des Nasenrachens hörten die Blutungen auf; die Heilung hält seit einem Jahre an. CALAMIDA.

55) **Joseph S. Gibb. Bericht über einen Fall von Nasenrachenfibrom. (Report of a case of rhinepharyngeal fibroma.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Juni 1912.*

Cfr. Bericht der American Laryngological Assoc. Atlantic City. Mai 1912.

EMIL MAYER.

56) **Escat. Fibrom des Nasopharynx mit endonasaler Implantation. (Fibrome nasopharyngien à insertion endonasale et à prolongement pterygo-maxillo-zygomatique en traitement depuis 5 ans; avec considérations sur les voies d'accès vers l'arrière fond de la fosse pterygo-maxillaire.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 21. 1912.*

Eine sehr genaue Beschreibung der vielfachen Operationen, die Verf. bei einem Knaben hat ausführen müssen, der von seinem 13. bis zum 18. Jahre eine ganze Reihe von Operationen hat durchmachen müssen, bis das Fibrom endlich, seines letzten Ausläufers befreit, vollkommen geschwunden ist. Interessant ist, dass Anfangs wegen des rein endonasalen Sitzes des Tumors derselbe nicht erkannt worden ist und die gleichzeitig mitbestehenden adenoiden Wucherungen entfernt wurden. Zum Schluss setzt Verf. die verschiedenen Wege auseinander, die Zugang zu dem Inneren der Fossa pterygomaxillaris geben. LAUTMANN.

57) **Frank Tratman. Ein Fall von Nasenrachenfibrom. (A case of nasopharyngeal fibroma.)** *Australasian medical Gazette. 29. Juni 1912.*

Es handelt sich um einen 16jährigen Knaben. Nach vorhergehender hoher Tracheotomie und Tamponade des Larynx wurde der Tumor entfernt; er entsprang von der Schädelbasis. Der Stiel wurde mit dem Finger durchgerissen und die Ansatzstelle curettirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein reines Fibrom mit etwas mucoider Degeneration der Bindegewebszellen. (Ref. hat niemals ein Nasenrachenfibrom mit so dünnem Stiel gesehen; sollte hier nicht eine Verwechselung von Nasenrachenfibrom mit einem einfachen gestielten Polypen des Nasenrachens vorliegen?) A. J. BRADY.

58) **D. Jacques. Insertion und Sitz der Nasenrachenfibrome. (Insertion and seat of rhinopharyngeal fibromata.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. December 1911.*

Die Ursprungsstelle des Nasenrachenpolypen ist gewöhnlich der hintere Recessus des Nasendaches; nur ausnahmsweise liegt sie hinter den Choanen und erstreckt sich auf die Fibrocartilago basilaris. Gegentheilige Angaben beruhen auf falscher Beobachtung. Die fibrösen Nasenrachentumoren des Jünglingsalters inseriren gewöhnlich an der Vorderfläche des Keilbeins; sie dringen gewöhnlich eher in die Keilbeinhöhle als in den Nasenrachen. EMIL MAYER.

59) **v. Uchermann** (Christiania). **Ueber die sogenannten fibrösen Nasenrachenpolypen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 663. 1912.*

Verf. hatte Gelegenheit, in den letzten $1^1/_2$ Jahren 6 Nasenrachenfibrome zu beobachten. 3 waren rechtsseitig und 3 linksseitig: ein Ueberwiegen der linken Seite konnte also Verf. im Gegensatz zu Jacques nicht feststellen. Durchwegs handelte es sich um männliche Individuen und bei allen 6 Fällen war die Geschwulst, wie sich bei der Operation nachweisen liess, von der vorderen Fläche des Keilbeinkörpers ausgegangen. Zum Entfernen der Geschwulst empfiehlt Verf. warm die transmaxillar-nasale Methode: sie ist sehr übersichtlich und gestattet, der Blutung leicht Herr zu werden. Zudem ist die transmaxillar-nasale Methode einfach und gefahrlos und ist deshalb wegen ihres schnellen Erfolges sicherlich auch der Elekrolyse vorzuziehen. Mittheilung der 6 Krankengeschichten. OPPIKOFER.

60) **A. Lengyel** (Budapest). **Lymphangiom im Nasenrachenraum.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 586. 1912.*

Der ziemlich frei bewegliche Tumor war bei dem 17 Jahre alten Mann von der Gegend der rechten Tubenmündung ausgegangen und verstopfte die rechte Choane. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab ein Lymphangiom. Patient war bereits früher von anderer Seite operirt worden; dazumal war bei der mikroskopischen Untersuchung die Diagnose auf ein kleinzelliges Rundzellensarkom gestellt worden. Verf. nimmt an, dass die erste mikroskopische Untersuchung unrichtig war.

Lymphangiome sind nach Verf. im Nasenrachenraum noch nicht beobachtet worden. OPPIKOFER.

61) **Gerber** (Königsberg). **Die Operation der Nasenrachentumoren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 561. 1912.*

An Hand eines Falles von juvenilem Nasenrachenfibrom des Epipharynx, des Cavum narium und der Fossa sphenomaxillaris vertritt Verf. den Standpunkt, dass die Operation der Nasenrachentumoren heute nur mehr eine intrapharyngeale resp. eine transnasale und transmaxillare sein soll und dass deshalb die von den Chirurgen früher geübten gefährlichen und unsicheren Operationen heute fast ausnahmslos zu unterlassen sind. Bei der Denker'schen Operation, überhaupt bei den Operationen an den oberen Luftwegen leistet die Kuhn'sche perorale Tubage vorzügliche Dienste. OPPIKOFER.

c) Mundrachenhöhle.

62) **Richard Landsberger** (Berlin). **Der hohe Gaumen.** *Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abth. 1912.*

Verf. hat durch Untersuchungen an jungen Hunden, bei denen bereits die Milchzähne durchgebrochen waren, festgestellt, dass die bleibenden Zähne eine centrifugale Wachsthumsrichtung einschlagen, d. h. die Zähne wachsen nicht ganz gerade nach unten, nach dem Alveolarfortsatz zu, sondern streben in horizontaler Richtung aus dem Oberkiefer heraus. Dieser centrifugale Wachsthumstrieb zeigt sich auch in dem menschlichen Gebisse. Er wird begünstigt durch die Configuration des Gesichtsschädels. In der Höhe des Nasenbodens, der schmalsten Zone des Oberkiefers, beginnt die Entwickelung der Zähne. Da letztere nach unten wachsen und die Kronen voluminöser sind als die Zahnwurzeln, muss es zu einer Schrägstellung der Zähne kommen und zwar um den nöthigen Platz am Alveolarbogen zu gewinnen, mit der Richtung nach aussen. Daher zeigt der Alveolarbogen eine excentrische, nach aussen geschwungene Linie. Dieser Wachsthumstrieb der Zähne ist von Einfluss auf die Entwickelung des Schädels. Durch ihn kommt das Breitenwachsthum des Schädels zu Stande. Dies hat Verf. schon früher dadurch experimentell bewiesen, dass er neugeborenen Hunden die Zahnkeime entfernt hat. Nach Jahresfrist zeigte sich am Schädel, dass die operirte Seite viel schmäler und mehr eingefallen war als die andere. Auch jegliche Andeutung eines Processus alveolaris fehlte, was beweist, dass die Alveole das Produkt des Zahnes darstellt. Diese Befunde konnte Verf. auch bei zwei Menschen, einem Brüderpaare, mit congenitalem Mangel der Zahnanlage constatiren.

Verf. glaubt nun, dass der hohe enge Gaumen, ebenso der bisweilen vorkommende hohe weite Gaumen, mit denen regelmässig eine Stenose in der Nase verknüpft ist, ihre Ursache in einer anormalen Zahnanlage haben. Er nimmt an, dass in diesen Fällen die Zahnleiste, von welcher aus die Zähne sich entwickeln, statt oberhalb des Gaumens mehr unterhalb desselben gelagert sei, und dadurch die Entwickelung der Zähne dem Breitenwachsthume des ganzen Oberkiefers nicht zu Gute komme. Die Zahnwurzeln reichen alsdann nicht mehr bis zur Nasenhöhe hinauf. Daher muss mangels des Breitenwachsthums des Oberkiefers die Nase verengt werden. Die Muscheln werden, anstatt sich vom Septum zu entfernen, auf dasselbe zuwachsen. Gleichzeitig wird sich der Proc. alveolaris verlängern. Die ganze Länge des Zahnes von der Wurzel bis zur Krone wird von ihm allein aufgenommen, während normalerweise ein Theil der Wurzel bis zu Nasenhöhe emporsteigt. Nach dieser Auffassung würde also der hohe Gaumen bedingt sein durch einen nach unten verlängerten Zahnfortsatz und dieser wiederum veranlasst sein durch eine abnorm tief sitzende Zahnleiste.

Diese Anschauung erscheint wissenschaftlich befriedigender als die anderen z. Z. hauptsächlich geltenden Erklärungsweisen des hohen engen Gaumens. So z. B. die unbewiesene Annahme Körner's, dass der hohe Gaumen die Folge einer gelegentlich erworbenen Nasenstenose sei, indem durch die nothwendige Mundathmung und das Offenbleiben des Mundes eine Spannung der Wangen-Musculatur erfolge, die den Alveolarbogen zusammenpresse. Ebenso wenig befriedigt die Er-

klärung von C. Michel, dass bei offenem Munde der Luftstrom hauptsächlich das Gaumendach treffe und dasselbe nach oben dränge. Die Anschauung Siebenmann's stimmt mit der des Verf.'s darin zusammen, dass auch jener eine Abhängigkeit des hohen Gaumens von einer Nasenstenose leugnet, nur meint Siebenmann, dass der schmale hohe Gaumen eine Theilerscheinung der Leptoprosopie, einer vererbbaren Rasseneigenthümlichkeit sei. Diesem stellt Verf. seine Auffassung entgegen, welche die auch von ihm constatirte Leptoprosopie nicht von einer Rasseneigenthümlichkeit, sondern von einer abnormen Zahnanlage ableitet. Diese Anschauung befriedigt deshalb am meisten, weil sie basirt auf dem vom Verf. lückenlos geführten Nachweise des bedeutenden Einflusses der Zahnentwickelung anf die Gestaltung des Oberkiefers.

GRABOWER.

63) **Compaired** (Madrid). **Verbrennung des Gaumensegels. (Luemeduras del vele del palador.)** *Clinica y Laboratorio. November 1911.*

Eine Frau öffnete mit den Zähnen eine geröstete Kastanie; der herausströmende heisse Dampf führte zu Verbrennungen verschiedenen Grades am Gaumensegel.

TAPIA.

64) **Jörgen Schaumann. Ueber Behandlung des Lupus vulgaris des Gaumens mit NaJ und H_2O_2 nach Dr. Pfannenstill's Methode. (Om behandling af Lupus vulgaris i gommen med NaJ af H_2O_2 enligt Dr. S. A. Pfannenstills metod.)** *Mittheilung vom Finseninstitut des Krankenhauses St. Görau in Stockholm. Svenska Läkartidningen 1911.*

Verf. berichtet über einen Fall von Lupus des Gaumens, bei dem die mit H_2O_2 gefeuchtete Watte von einer Prothese festgehalten wurde, nach 4 Wochen war die Patientin, eine 20jährige Fabrikarbeiterin, geheilt; nach 7 Monaten kein Zeichen von Recidiv.

Verf. ist der Meinung, dass die Wirkung der Pfannenstill'schen Methode als eine kaustische und nicht als eine antiseptische zu erklären ist.

E. STANGENBERG.

65) **Jörgen Schaumann** (Stockholm). **Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris im Gaumen mit Jodnatrium und Wasserstoffsuperoxyd nach Dr. Pfannenstill's Methode.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40. 1911.*

Der Gazestreifen wurde in der Höhlung einer Gaumenprothese untergebracht und mehrmals stündlich mit H_2O_2-Lösung befeuchtel. Ausgezeichnetes Resultat.

ZARNIKO.

66) **des Cilleuls. Pharyngomycosis leptothricia. (Pharyngomycose leptothricique.)** *Soc. de méd. militaire française. 18. März 1912.*

Verf. empfiehlt tägliche Pinselungen mit einer 10proc. Jod-Chloroformlösung.

GONTIER DE LA ROCHE.

67) **J. Truszkowski. Ein Fall von croupöser Entzündung der Rachenschleimhaut. Pharyngitis croupesa s. fibrinosa. (Przypadek wloknikowego zapalenia blony sluzowej gardzieli.)** *Gaz. lek. No. 36. 1912.*

Beschreibung eines Falles dieses selten vorkommenden Leidens, bei einem



ılfe von bakterio-

A. v. SOKOLOWSKI.

c) Mundrachenhöhle.

62) **Richard Landsberger** (Berlin). **Der hohe Gaur**

Physiol. Anat. Abth. 1912. **(A case of lingual thyreid.)**

Verf. hat durch Untersuchungen an jungen '
Milchzähne durchgebrochen waren, festgestellt. ... im transversalen und anterio-
centrifugale Wachsthumsrichtung einschlagen ... und von glatter Oberfläche. Er
gerade nach unten, nach dem Alveolarforts' ... dere Begrenzung war ungefähr in
Richtung aus dem Oberkiefer heraus. D' ... Ueber seine Oberfläche verliefen
sich auch in dem menschlichen Gebisse ... enbogen ausgingen, der gerade über
des Gesichtsschädels. In der Höh' ... e lag. Bei der Palpation hatte man
Oberkiefers, beginnt die Entwicke' ... Da der Tumor keine sonderlichen Be-
und die Kronen voluminöser si' ... and des Patienten — es handelte sich um
stellung der Zähne kommen ... so wurde von einem operativen Eingriff
zu gewinnen, mit der Rich'

EMIL MAYER.

excentrische, nach ausser
ist von Einfluss auf die ... **heilungen nach Zungenkrebsoperationen. Be-**
wachsthum des Schä ... *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 117. Bd. 1912.*
mentell bewiesen, d ... operirten Patienten konnte bei 19 das weitere
Jahresfrist zeigte ... sind 10 im Laufe von 1—3 Jahren an Recidiv
eingefallen war ... auer bis zu 20 Jahren nach der Operation er-
laris fehlte, wa

SEIFERT.

Befunde konn
Mangel der '
Verf. ... **Fall von congenitalem behaartem Rachenpolypen.**
kommend' ... *No. 52. 1911.*
verknüpf ... im Nasenrachen wurzelnd. Mikroskopisch: der ge-
dass in

ZARNIKO.

statt o'
die E ... **...wöhnlicher Rachentumor. (An unusual tumor of the**
zu G ... *and surgical journal. 18. Januar 1912.*
hin' ... Tonsille war durch einen Tumor nach innen und unten
ver ... Untersuchung ergab ein Colloidcarcinom, einen Tu-
da ... erinnerte, die man bisweilen in der Parotis findet. Man
g ... scheinlich epithelialen Zellen in einem myxomatösen
g ... der Operation kein Recidiv.

EMIL MAYER.

Emer L. Kenyon. Grosses Lipom des Laryngopharynx. (Large lipoma of the laryngopharynx.) *Laryngoscope. Februar 1912.*

... fand sich bei einer 27jährigen Frau. Sie reichte von der
... bis zu einem Punkt gegenüber der Uvula und füllte einen
... laryngo-pharyngealen Raumes aus. Unter Cocain wurde eine
... Schleimhaut über der Geschwulst gemacht und die Geschwulst
... ohne grosse Schwierigkeit und mit vollem Erfolg. Es ergab
sich, dass es sich um ein Lipom handelte.

EMIL MAYER.

˙'ne vervollkommnete Behandlung der Tonsillitis. (A com- ˙'nsillitis.) *New York medical journal. 7. Sept. 1912.*

'f. 0,13 mit Pulv. Doveri 0,3—0,6. Um die Wirkung ˙erabfliessenden Eiters zu bekämpfen, lässt er 2 ˙rbol. in einem Viertel Glas kalten Wassers

EMIL MAYER.

ıacunaris chronica. *Inaug.-Diss. Würzburg 1912.*

.chtung über die Tonsillitis chronica theilt Verf. sum- ..ichten von 212 in der Seifert'schen Poliklinik beob- Die dort befolgte Therapie ist im Allgemeinen eine conser- ..s Vorhandensein von Concrementen in den Mandelbuchten fest- ..en die betreffenden Buchten mit 1proc. Alsol- oder 1—2proc. ausgespritzt.

FINDER.

ge B. Wood. Der active Cauter für die Behandlung localisirter Tuber- .se. (The actual cautery in the treatment of localized tuberculous lesions.) *.nals of otol., rhinol. and laryngol. September 1911.*

Auf Grund der bei Behandlung einer tuberculösen Tonsille gemachten Erfahrungen und der dabei gewonnenen histologischen Präparate kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass das beste Mittel zur Zerstörung localisirter tuberculöser Herde die Galvanokaustik sei.

EMIL MAYER.

76) **C. G. French. Maligner Tonsillentumor. (Primary malignancy of tonsil with report of a case.)** *Northwestern medicine. Juli 1912.*

Mittheilung eines Falles von beginnender maligner Erkrankung der rechten Tonsille. Tonsillectomie.

EMIL MAYER.

77) **Glas** (Wien). **Beiträge zum Capitel der Mandelausschälung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 28. 1912.*

Bericht über 165 Tonsillectomien, welche sämmtlich complicationslos und ohne Nachblutung verliefen. Er benutzt zum Fassen der Tonsille ein Doppelhäkchen (bei Reiner, Wien, angefertigt) und bedient sich der Erhard'schen Schlinge. Die Localanästhesie ist der Allgemeinnarkose vorzuziehen. Als Enucleationsmethode bei Kindern ist die Tonsillectomie nach Sluder-Ballenger die zweckmässigste.

HANSZEL.

78) **A. Réthi** (Königsberg). **Zur Frage der Tonsillectomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 46. S. 609. 1912.*

R. begründet den vermittelnden Standpunkt in der Frage der Tonsillotomie und Tonsillectomie an der Gerber'schen Klinik und schildert die Art ihres Vorgehens bei der Tonsillectomie.

OPPIKOFER.

79) **K. M. Menzel** (Wien). **Zur Behandlung des Peritonsillarabscesses (Drainage).** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Die Versuche, die sich über ein Jahr und über 300 Fälle erstrecken, hatten

36 jährigen Individuum, mit Bestätigung der Diagnosis mit Hülfe von bakteriologischer Untersuchung. A. v. SOKOLOWSKI.

68) **George Fetterolf. Ein Fall von Zungenstruma. (A case of lingual thyroid.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Der Tumor hatte halbkugelige Form, mass im transversalen und anterio-posterioren Durchmesser je ca. 6 cm. Er war rot und von glatter Oberfläche. Er reichte nach hinten bis zur Epiglottis, seine vordere Begrenzung war ungefähr in einer Linie mit dem vorderen Gaumenbogen. Ueber seine Oberfläche verliefen mehrere erweiterte Venen, die von einem Venenbogen ausgingen, der gerade über dem vorderen Rande der Geschwulstperipherie lag. Bei der Palpation hatte man das Gefühl eines dicken cystischen Inhalts. Da der Tumor keine sonderlichen Beschwerden machte und der Allgemeinzustand des Patienten — es handelte sich um einen Phthisiker — nicht der beste war, so wurde von einem operativen Eingriff Abstand genommen. EMIL MAYER.

69) **Riedel** (Jena). **Einige Dauerheilungen nach Zungenkrebsoperationen. Recidiv oder neue Geschwulst.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 117. Bd. 1912.*

Von 24 wegen Zungenkrebs operirten Patienten konnte bei 19 das weitere Schicksal eruirt werden. Von diesen sind 10 im Laufe von 1—3 Jahren an Recidiv gestorben, während 9 eine Lebensdauer bis zu 20 Jahren nach der Operation erreichten. SEIFERT.

70) **Axhausen** (Berlin). **Ein Fall von congenitalem behaartem Rachenpolypen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 52. 1911.*

Ziemlich grosser Tumor, im Nasenrachen wurzelnd. Mikroskopisch: der gewöhnliche Befund. ZARNIKO.

71) **E. E. Foster. Ungewöhnlicher Rachentumor. (An unusual tumor of the fauces.)** *Boston medical and surgical journal. 18. Januar 1912.*

60jährige Frau. Die Tonsille war durch einen Tumor nach innen und unten gedrängt. Die pathologische Untersuchung ergab ein Colloidcarcinom, einen Tumor, der an diejenigen erinnerte, die man bisweilen in der Parotis findet. Man sieht Massen von augenscheinlich epithelialen Zellen in einem myxomatösen Stroma. Drei Monate nach der Operation kein Recidiv. EMIL MAYER.

72) **Elmer L. Kenyon. Grosses Lipom des Laryngopharynx. (Large lipoma of the laryngopharynx.)** *Laryngoscope. Februar 1912.*

Die Geschwulst fand sich bei einer 27jährigen Frau. Sie reichte von der Spitze der Epiglottis bis zu einem Punkt gegenüber der Uvula und füllte einen grossen Theil des laryngo-pharyngealen Raumes aus. Unter Cocain wurde eine Incision in die Schleimhaut über der Geschwulst gemacht und die Geschwulst sorgfältig ausgeschält ohne grosse Schwierigkeit und mit vollem Erfolg. Es ergab sich, dass es sich um ein Lipom handelte. EMIL MAYER.

73) F. Griffith. **Eine vervollkommnete Behandlung der Tonsillitis. (A completed treatment for tonsillitis.)** *New York medical journal. 7. Sept. 1912.*

Verf. giebt Chinin. bisulf. 0,13 mit Pulv. Doveri 0,3—0,6. Um die Wirkung des von den inficirten Tonsillen herabfliessenden Eiters zu bekämpfen, lässt er 2 bis 8mal täglich 1—2 Tropfen Acid. carbol. in einem Viertel Glas kalten Wassers gelöst trinken.

EMIL MAYER.

74) J. Schapfl. **Ueber Angina lacunaris chronica.** *Inaug.-Diss. Würzburg 1912.*

Nach allgemeiner Betrachtung über die Tonsillitis chronica theilt Verf. summarisch die Krankengeschichten von 212 in der Seifert'schen Poliklinik beobachteten Fällen mit. Die dort befolgte Therapie ist im Allgemeinen eine conservative. Nachdem das Vorhandensein von Concrementen in den Mandelbuchten festgestellt ist, werden die betreffenden Buchten mit 1proc. Alsol- oder 1—2proc. H_2O_2-Lösung ausgespritzt.

FINDER.

75) George B. Wood. **Der active Cauter für die Behandlung localisirter Tuberculose. (The actual cautery in the treatment of localized tuberculous lesions.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. September 1911.*

Auf Grund der bei Behandlung einer tuberculösen Tonsille gemachten Erfahrungen und der dabei gewonnenen histologischen Präparate kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass das beste Mittel zur Zerstörung localisirter tuberculöser Herde die Galvanokaustik sei.

EMIL MAYER.

76) C. G. French. **Maligner Tonsillentumor. (Primary malignancy of tonsil with report of a case.)** *Northwestern medicine. Juli 1912.*

Mittheilung eines Falles von beginnender maligner Erkrankung der rechten Tonsille. Tonsillectomie.

EMIL MAYER.

77) Glas (Wien). **Beiträge zum Capitel der Mandelausschälung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 28. 1912.*

Bericht über 165 Tonsillectomien, welche sämmtlich complicationslos und ohne Nachblutung verliefen. Er benutzt zum Fassen der Tonsille ein Doppelhäkchen (bei Reiner, Wien, angefertigt) und bedient sich der Erhard'schen Schlinge. Die Localanästhesie ist der Allgemeinnarkose vorzuziehen. Als Enucleationsmethode bei Kindern ist die Tonsillectomie nach Sluder-Ballenger die zweckmässigste.

HANSZEL.

78) A. Réthi (Königsberg). **Zur Frage der Tonsillectomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 46. S. 609. 1912.*

R. begründet den vermittelnden Standpunkt in der Frage der Tonsillotomie und Tonsillectomie an der Gerber'schen Klinik und schildert die Art ihres Vorgehens bei der Tonsillectomie.

OPPIKOFER.

79) K. M. Menzel (Wien). **Zur Behandlung des Peritonsillarabscesses (Drainage).** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Die Versuche, die sich über ein Jahr und über 300 Fälle erstrecken, hatten

gute Resultate. Die Drains haben ungefähr die Form eines in seiner Längsachse durchbohrten Kragenknopfes (Abbild.).

Der conisch geformte Kopf des Drains wird in die Abscesshöhle gesteckt, sodass er in derselben völlig verschwindet und nun der Hals des Drains von den äusseren Wundrändern umfangen wird.

Durch die Form des Drains ist ein Heraus- oder Hineinschlüpfen unmöglich, falls die Incisionsöffnung die Länge von ca. 1 cm nicht überschreitet.

Im Allgemeinen ist eine 24stündige Drainage am Platze, bei Abscessen mit ganz besonders heftiger Entzündung könnte auch 2 Tage drainirt werden. Die Incisionsöffnung schliesst sich in leichten Fällen in ca. 3, in schwereren in 10 oder mehr Tagen. Die Incisionsstelle ist die der derbsten Infiltration.

W. SOBERNHEIM.

d) Diphtherie und Croup.

80) **R. T. Hewlett** und **A. T. Nanteivell. Die Behandlung der Diphtherieinfection mittels Diphtherieendotoxin. (The treatment of diphtheric infection by means of diphtheric endotoxin.)** *Lancet. 30. Juli 1912.*

Das häufige Persistieren virulenter Diphtheriebacillen in Nase und Rachen von Diphtheriereconvalescenten ist eine bekannte Thatsache. Verff. haben versucht, durch Injection von Endotoxin in solchen Fällen die Bacillen zu beseitigen. Es wurde eine Anfangsdosis von 0,5—2 mg gegeben, der sie, wenn erforderlich, nach einer Woche noch einmal 5 mg folgen liessen. Neunzehn Fälle wurden injicirt, in denen die Bacillen seit Wochen, in einigen sogar seit Monaten persistirten; von diesen waren die Bacillen in 13 Fällen im Laufe von 14 Tagen verschwunden, bei den übrigen persistirten sie, waren jedoch an Zahl erheblich geringer geworden. Verff. folgern, dass das Diphtheriendotoxin mit Nutzen bei chronischen Bacillenträgern anzuwenden sei.

JOHN WRIGHT.

81) **Albert Wiedemann** (Strasskirchen). **Anaphylaxiegefahr in der Praxis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1912.*

Nach den Erfahrungen Verf.'s ist die Gefahr einer auftretenden Anaphylaxie im Verlauf einer Reihe von Serumeinverleibungen in kürzeren Zwischenräumen bis zu mehreren Wochen nicht sonderlich gross; dagegen ist die Gefahr der Anaphylaxie viel grösser, wenn zwischen Antigeneinverleibung (erster Serumapplication) und Reinjection eine längere (jahrelange) Zwischenpause verstrichen ist. In diesen Fällen muss verlangt werden, dass eine probeweise Injection kleinster Serummengen gemacht wird, ehe eine grössere Serummenge verabreicht wird. Diese Vorsichtsmaassregel — subcutane Injection eines Probetropfens und Zuwarten von etwa 10 Minuten — empfiehlt sich auch bei erstmaligen Injectionen, um eine etwa vorhandene Ueberempfindlichkeit festzustellen. Bei neuropathischen und vasomotorisch labilen Kindern, die speciell als überempfindlich gegen artfremdes Eiweiss gelten, muss man sogar 12 und 24 Stunden nach der Injection des Probetropfens warten. Verf. berichtet anschliessend über einen Fall bei einem $3^1/_4$ jährigen Kinde, das bereits 2 Jahre zuvor mit wiederholten hohen Serumdosen

injicirt worden war, das bei der erneuten Probeinjection anaphylaktische Erscheinungen zeigte und bei dem deshalb eine Reinjection unterlassen und in 2 Etappen Pferdeserum innerlich verabreicht wurde. Auch dieser Applicationsmodus zeitigte zwei schwere Anfälle von Anaphylaxie. Verf. räth daher auch von der internen Verabreichung ab und empfiehlt Studien, um — bei der zahlreichen und vielfachen Verwendung der Sera — alle Heilsera aus mehrfachen Thierarten, bei der Diphtherie sogar aus dreierlei, zu gewinnen, und damit einer möglichst ausgiebigen Verwendung derselben die Wege zu ebnen. HECHT.

82) **C. J. P. van Zadelhoff** (z. Z. Haarlem). **Die Bekämpfung der Diphtherie und der Werth des Thierexperimentes für dieselbe. (De bestrijding der diphtherie en de waarde daarbij van de dierproef.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. S. 1422. 1912.*

Entgegen Stokvis und der Amsterdamer hygienischen Schule führt Verf. aus, dass für die Virulenz- und Avirulenzbestimmung des Diphtheriebacillus mit Bezug auf den Menschen die Thierprobe ohne Werth ist. Auch ist Avirulenz resp. schwache Virulenz keine unveränderliche Grösse.

Jeder aus einer Diphtherieumgebung stammende Bacillenträger ist als für Andere gefährlich zu betrachten und soll isolirt werden. H. BURGER.

83) **Kleinschmidt** (Marburg). **Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Betheiligung des Nervensystems an der Erkrankung.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. Ergänz.-H. 1912.*

Es ist möglichst frühzeitig Serum zu injiciren und die Menge sowie die Anwendungsform so zu gestalten, dass Nervenzelle und Antitoxinüberschuss in innigen Contact kommen. Dazu bedarf es der intravenösen oder intralumbalen Injection.

SEIFERT.

84) **Weissman** (Lindenfels). **Ueber den therapeutischen Werth des „Sozojodol"-Natriums, insbesondere bei Diphtherie.** *Fortschr. der Med. No. 40. 1912.*

Flores sulfuris und Sozojodol-Natrium āā wird 3stündlich, in schwereren Fällen 2stündlich eingeblasen, ausserdem 1—3 g Ung. Credé Morgens und Abends auf den Rücken eingerieben. Eventuell wird colloidales Silber als Bleibeklystier oder intravenös applicirt. Von der Anwendung des Behring'schen Heilserums wird abgesehen. SEIFERT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

85) **R. Sokolowsky** (Königsberg). **Analytisches zur Registerfrage.** *Passow's Beitr. zur Anat., Physiol. etc. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. VI. H. 1.*

Die Untersuchungen beziehen sich nur auf die Frauenstimme und sind mit der L. Hermann'schen Phonographenmethode gemacht. Die Curven sind nach Fourier analysirt. Als Versuchsobjecte dienten zwei Sängerinnen, die mehrere Töne in zwei Registern singen konnten und zwar die Töne e^1, f^1, fis^1, g^1 in Brust- und Mittelstimme, fis^2 und g^2 in Mittel- und Kopfstimme. Aus den mit dem Phono-

graphen gewonnenen Curven schliesst Verf., dass beim Brustregister der Frau die Grundtonamplitude weniger hoch sei als bei der Mittelstimme, d. h. dass die Partialtöne jene an Stärke im Brustregister mehr überwiegen; und ferner dass die Kopfstimme stärkere Obertöne habe als die Mittelstimme. Die Intensitätsunterschiede sind in Betracht gezogen. Mit dem Ohr bestimmte Verf. den „Registerbruch" bei 47 Sängerinnen; er fand ihn unabhängig von der Stimmlage immer um e^1 bezw. e^2 herum, seltener bei dis^1 bezw. dis^2 und ganz selten bei d^1 oder f^1 bezw. d^2 oder f^2. Die Mittelstimme der Frau bezeichnet er als das Hauptgebrauchsregister. Es ist von Natur gegeben (im Gegensatz zur Männerstimme, wo es Kunstprodukt sei) und umfasst etwa eine Octave. NADOLECZNY.

86) **Freystadtl** (Budapest). **Experimentelle Untersuchungen zur Phonationsfrage.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk Bd. 46. S. 903. 1912.*

Verf., ein Schüler von Onodi, suchte festzustellen, welchen Einfluss die Durchtrennung des Hirnstammes auf die Stimmbandbewegungen und auf die Lautgebung des Hundes ausübe. Nach Anlegen einer Trepanationsöffnung entsprechend dem Occipitallappen wurde bei 12 Hunden der Pedunculus cerebri, die Brücke und das verlängerte Mark auf verschiedener Höhe durchschnitten und dann sofort nach der Operation und auch später die Bewegungen der Stimmbänder beobachtet. Nach dem Tode des Thieres wurde das ganze Gehirn in Formalin gehärtet, um genau feststellen zu können, welche Theile durchschnitten worden waren. Diese Experimente führten Verf. zu folgendem Resultat: nach vollständiger Durchtrennung des Pedunculus cerebri, der Brücke, des oberen Theiles der Medulla oblongata auf einer Seite bleibt die Stimmbandbewegung normal und ist die Stimmbildung erhalten. Diese Experimente sprechen somit gegen die von anderer Seite ausgesprochene Annahme, dass die halbseitige Unterbrechung der Grosshirnbahnen der Phonation und Respiration beim Menschen Recurrenslähmung verursache.

Nach vollständiger Durchtrennung des verlängerten Markes in seiner ganzen Breite war die Bewegung der Stimmbänder ebenfalls erhalten, wenn die unteren $^2/_5$ Theile des Bodens der IV. Hirnkammer noch intact waren. OPPIKOFER.

87) **O. Seifert** (Würzburg). **Beitrag zur Behandlung der Aphonia (Dysphonia) spastica.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 35. 1911.*

Verf. unterscheidet Fälle von spastischer Aphonie, die auf Hysterie zurückzuführen sind, von anderen, die reflectorisch entstehen. Eine dritte Gruppe bilden die als Beschäftigungsneurosen zu betrachtenden, eine vierte die auf cerebraler oder cerebrospinaler Erkrankung beruhenden. In einer letzten Gruppe ist keinerlei ätiologischer Anhalt vorhanden. Diese haben in der Regel eine sehr üble Prognose. Jedoch ist es Verf. in einem Falle durch systematische Pädagogik, die eingehend geschildert wird, gelungen, ein glänzendes Resultat zu erzielen. In einem Falle der vierten Gruppe versagte die Methode. ZARNIKO.

88) **Zumsteeg. Zur Kenntniss der spastischen Aphonie.** *Deutsche militärärztl. Zeitschr. H. 17. 1912.*

Krankengeschichte mit ausführlicher Wiedergabe des Resultats der functio-

nellen Stimmprüfung. Aus der Anamnese ergab sich, dass zu Beginn acuter Kehlkopfkatarrh bestanden hatte. Der laryngoskopische Befund wies bei jedesmaliger Phonation einen vollkommen spastischen Verschluss der Glottis auf. Den noch bestehenden geringen Katarrh fasst Verf. als Folgezustand der spastischen Contracturen und der dadurch bedingten Hyperämie auf. Pat. war völlig stimmlos. Die Therapie besteht in Athem- und Stimmübungen. FINDER.

89) **F. Lasagna. Klinische Bemerkungen über Aphonie. (Note cliniche sulla afonia.)** *Arch. ital. otol. H. 4. 1912.*

Verf. theilt vier Krankengeschichten mit. Die im ersten Fall während einer Schwangerschaft auftretende Aphonie führt Verf. auf eine bei der an sich schwächlichen und hochgradig anämischen Patientin vorhandene Schwangerschafts-Autointoxication zurück. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Patientin mit Nephritis, die ad exitum kam; bei der Autopsie fanden sich Gefässveränderungen entsprechend dem Kern des XII. Hirnnerven und dem mittleren Theil des Corpus restiforme mit punktförmigen Blutungen, während der Nerv in seinem Stamme und in seinen Verzweigungen keinerlei Degenerationszeichen erkennen liess. Im dritten Falle erklärt Verf. das Auftreten der Aphonie damit, dass infolge gestörter Leberfunction grössere Mengen toxischer Producte in den Kreislauf gelangten. Auch die Aphonie im vierten Fall bei einem Phthisiker führt Verf. auf eine durch die Stoffwechselproducte der Bacillen bedingte Neuritis der Kehlkopfnerven zurück.

CALAMIDA.

90) **Réthl** (Wien). **Ueber den Einfluss der Nasenresonanz auf die Singstimme.** *Wiener med. Wochenschr. No. 37. 1912.*

Durch die operative Freimachung der Nase bei bestehenden Anomalien in ihr wird die Stimme nicht nur grösser, kräftiger, sondern gewinnt auch an Umfang und Qualität. HANSZEL.

91) **Fröschels. Ueber das Wesen des Stotterns.** K. k. Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 18. October 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1912.*

Vortrag über eigene Ansichten bezüglich des Stotterns, die wesentlich von den älteren und auch gegenwärtigen Meinungen abweichen.

Organische Veränderungen kommen bei Stotterern nicht in Betracht, sehr charakteristisch sind dagegen die functionellen körperlichen Symptome. Ganz abnormal ist die Sprechathmung der Stotterer.

In der Discussion bespricht Stern die wichtigsten Details, in denen er anderer Ansicht ist als der Vorredner. Auch sprechen zu dem Vortrage Weiss, Infeld und Friedjung, welch Letzterer speciell die Frage des Entwickelungsstotterns in therapeutischer Hinsicht erörtert. HANSZEL.

92) **E. W. Scripture. Behandlung des Sigmatismus. (The treatment of occluded „S".)** *Journ. amer. med. association. 9. März 1912.*

Wenn man das Kind so behandelt, dass man es das „S" einer normalen Person nachahmen lässt, so wird das Leiden gewöhnlich verschlimmert; es macht schon zu viel Anstrengungen mit seiner Zunge und je mehr es versucht, desto grössere

Anstrengungen macht es. Bisweilen ist es von Nutzen, wenn man dem Kind sagt, es soll die Zunge zwischen die Zähne stecken, jedesmal wenn es „S“ sagen will; es hat dies den Nachtheil, dass ein unrichtiger Laut an Stelle eines anderen unrichtigen gesetzt wird, obwohl jener dem richtigen näher kommt.

Verf. legt eine dünne Sonde auf die Mitte der Zunge, während der Patient „S“ sagt. Dadurch wird eine Rinne gebildet, durch welche die Luft mit einem zischenden Laut entweicht und das Kind kann nicht eventuell einem dem „T“ ähnlichen Laut produciren. Durch wiederholte solche Uebungen lernt Pat. den Laut richtig zu bilden.

EMIL MAYER.

93) **Fein** (Wien). **Ein neues Begleitsymptom einer Sprachstörung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1912.*

Verf. fand bei Sigmatismus Erwachsener häufig ein Herabziehen der Oberlippe, was offenbar aus dem Grunde geschieht, um den Sprachfehler nach aussen hin zu maskiren.

HANSZEL.

94) **P. J. O. van der Meer** (Amsterdam). **Sprachfehler und deren Vorkommen bei den Volksschülern in Amsterdam. (Spraakgebreken en het voorkomen ervan bij de leerlingen op de openbare lagere scholen der gemeente Amsterdam.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 7. 1912.*

Die Sammelforschung der Amsterdamer Schulärzte umfasst 57327 Kinder. Stottern kam vor bei 681 (1,19 pCt.) der Kinder, und zwar im ersten Schuljahr bei 0,70, im zweiten bei 1,09, im dritten bei 1,16, im vierten bei 1,14, im fünften bei 1,61 und im sechsten Schuljahr bei 1,55 pCt. der Kinder. Von 100 stotternden Kindern waren 80,5 Knaben, 19,5 Mädchen. Stammeln wurde unter 40439 Kindern der höchsten fünf Schuljahre 486 mal beobachtet, und zwar bei den verschiedenen Schuljahren aufsteigend in resp. 3,46, 1,24, 0,99, 1,01 und 0,77 pCt. der Schüler. Von den Stammlern waren 65,8 pCt. Knaben, 34,2 pCt. Mädchen. Die Stotterfrequenz steigt mit dem Alter; Maximum im 11. Jahre.

H. BURGER.

95) **Wl. Oltuszewski. Ueber die Ergebnisse wissenschaftlicher und praktischer Thätigkeit im Warschauer Institut für Sprachstörungen während zwanzig Jahren. (Wyniki naukowej i praktycznej dziatalnosci w Warszawskim zakładzie dla zboren mowy w cie eju 20 l. jego istnienia.)** *Medycyna. No. 39. 1912.*

Der Verf. führt eine rationelle Classification der Sprachstörungen an und bespricht die einzelnen Arten derselben, sowie deren Therapie. Er betrachtet die Logopathologie als einen wichtigen Zweig der practischen Medicin. Im Verlauf von 20 Jahren hatten sich 3395 mit Sprachstörungen behaftete Personen gemeldet.

A. v. SOKOLOWSKI.

96) **G. Brat** (Rotterdam). **Functioneller inspiratorischer Glottiskrampf. (Functioneel inspiratorische glottiskramp.)** *Ned. Tijdschr. v. Gen. I. No. 11. 1912.*

Bei einem 15jährigen Knaben seit $^1/_2$ Jahre Kurzathmigkeit, erschwertes und schmerzhaftes Schlucken. In letzter Zeit Brustschmerzen, baldiges Ermatten, Unwohlsein. Im Schlafe ist die Athmung normal. Stimme klar. Im dritten Lebensjahr Convulsionen; im sechsten Jahr Diphtherie.

Lauter inspiratorischer Stridor. Puls- und Athemfrequenz vermehrt. Grosser Kropf, abgelaufene Stauungspapillen, namentlich rechts. Rechte Pupille weiter als die linke. Perverse Bewegung der Stimmbänder; die Bewegungen sind nicht ganz regelmässig. Mitunter sieht man eine vollständige Abduction beider Stimmbänder. Dieses Factum zusammen mit dem Verschwinden des Stridors im Schlafe bestimmt die Diagnose: Dyspnoea spastica.

In der Discussion meinen die Herren Burgerhout und Schreve, man soll in diesem Falle mit der Annahme einer functionellen Affection vorsichtig sein. Dagegen stimmt Herr van Anrooy der Diagnose eines functionellen Leidens bei.

H. BURGER.

97) **Delie** (Ypern, Belgien). **Ein merkwürdiger Fall von Chorea laryngis et pharyngis. (Een zonderling geval von chorea van strottenhoefd en keelgat.)** *Geneesk. Tijdschr. v. Belgien. 15. April 1912.*

Ein 14jähr. Mädchen leidet seit 4 Monaten an Chorea sämmtlicher Muskeln. Im Gespräch äussert sie die sonderbarsten Laute, meistens einsilbige Klänge, auch Blasen und Schreien. Unter nervösen Einflüssen, namentlich wenn die Patientin sich beobachtet weiss, werden die Erscheinungen heftiger.

H. BURGER.

98) **'W. G. Huet** (Haarlem). **Innervation des Kehlkopfes durch den N. vagus und den N. accessorius. (Innervatie van het strottenhoft door den N. vagus en den N. accessorius.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 15. 1910.*

Bei einem kräftig gebauten Manne, der nach Erkältung über Schmerzen in der linken Schulter klagte, Contractionen in einigen Bündeln des rechten Cucullaris, und zwar in dem Theil der unteren Hälfte dieses Muskels, dessen Bündel vom dritten bis fünften Proc. spin. entspringen. Wenn der Mann zu sprechen anfängt, sieht man diese Bündel in einer Breite von 5 cm sich contrahiren und ein deutliches Relief bilden, solange er spricht. Bei jeder Pause verschwindet die Contraction der Bündel, um sich sogleich wieder zu zeigen, wenn der Pat. die Stimme wieder vernehmen lässt. Beim lauten Lesen folgen die Contractionen der Interpunction; beim Flüstern bleiben sie weg. Beim Schlucken treten sie nur fühlbar, nicht sichtbar auf. Die Contractionen verursachen keine Stellungsveränderung des Schulterblattes. Elektrische Reactionen normal. Bei willkürlicher Contraction des Muskels nichts Besonderes.

Weil es sich hier nicht um die Zusammenziehung eines ganzen Muskels, sondern nur um die eines umschriebenen Theiles desselben handelt, ist eine sogen. Mitbewegung nicht im Spiel.

Verf. vertieft sich in Hypothesen über diese Verirrung von Vagusfasern in den Glossopharyngeus.

H. BURGER.

99) **Graeffner** (Berlin). **Das Verhalten des Kehlkopfs bei der Paralysis agitans nebst einigen allgemeineren Bemerkungen über die Krankheit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 38. 1911.*

Die Kehlkopfuntersuchung von Patienten mit Paralysis agitans bietet beträchtliche, auf dem Fortschreiten der Rigidität auf die Nackenmuskeln und den

Orbicularis oris beruhende Schwierigkeiten, die sich im Gegensatz zu dem Verhalten sonstiger Patienten bei der Wiederholung der Untersuchung eher steigern.

Verf. berichtet über die Untersuchung von 80 Patienten, unter denen 56 Männer waren. Er fand dabei bemerkenswerthe Vielgestaltigkeit des Kehlkopfbildes, woraus sich die Unstimmigkeit der Angaben früherer Untersucher, denen nur ein kleines Material zur Verfügung stand, erklärt. 32 Pat. (= 40 pCt.) waren ohne Stimmbandtremor. Die Bewegungsstörungen bei den Uebrigen werden sorgfältig geschildert. Die von F. H. Lewy in München erhobenen Befunde, die sich auf die anatomischen Veränderungen am Centralnervensystem einiger vom Verf. untersuchter Pat. beziehen, ergaben bisher keine übereinstimmenden Resultate.

ZARNIKO.

100) **B. Freystadtl** und **J. Stranz** (Budapest). **Recurrenslähmung, verursacht durch Stenosis ostii venosi sinistri.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 557. 1912.*

Bei dem 30 Jahre alten Manne kam die Lähmung des linken Stimmbandes, wie die Section zeigte, dadurch zu Stande, dass der durch Mitralstenose hochgradig erweiterte linke Vorhof den linken Recurrens so stark an die Aorta drückte, dass seine Lähmung erfolgte. Ein anderer Grund der Lähmung war nicht aufzufinden. Der nach der Marchi'schen Methode untersuchte gelähmte N. recurrens zeigte starke Degeneration, während der N. vagus, central von der Abzweigung des N. recurrens untersucht, sich als normal erwies. Die linke Kehlkopfmusculatur war stark atrophisch.

OPPIKOFER.

101) **G. C. Bolten** (Haag). **Doppelseitige Posticus- und Accessoriuslähmung nach Erhängungsversuch. (Dubbelzijdige posticus- en accessoriusverlamming na poging tot ophanging.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. S. 555. 1910.*

Ein Mann, 53 Jahre alt, wird nach einem Erhängungsversuch in bewusstlosem Zustande aufgenommen. Nach Erholung retrograde Amnesie. Plötzlicher Erstickungsanfall; Tracheotomie. Es wurde mit dem Kehlkopfspiegel eine vollständige beiderseitige Posticuslähmung festgestellt. Der Erfolg der Brustuntersuchung war ein negativer. Als Pat. zuerst aufrecht sitzen durfte, zeigte sich eine starke degenerative Atrophie beider Cucullares; directe Reizbarkeit völlig aufgehoben; Sternocleidomastoidei atrophisch, reagiren noch träge und gering auf faradische Reize. Die Nn. accessorii zeigen fast vollständige Entartungsreaction. Allmähliche Besserung im Laufe der nächsten Monate.

Verletzung des Vagus oder dessen Wurzeln ist wohl nicht annehmbar; die Halswirbelsäule war unverletzt; andere Vagussymptome waren nicht vorhanden. Auch eine isolirte Druckneuritis beider Recurrentes war, bei der geschützten Lage derselben inmitten der Weichtheile, sehr unwahrscheinlich.

Am Wahrscheinlichsten ist eine Druckneuritis beider Accessori, welche zu gleicher Zeit die Ursache der Posticuslähmung ist. Das wäre dann in Uebereinstimmung mit der veralteten Auffassung des Accessorius als Lieferant der motorischen Kehlkopffasern im Vagus.

H. BURGER.

102) **G. C. Bolten** (Haag). **Traumatische, vollständige peripherische Accessoriuslähmung ohne äussere Verletzung. (Traumatische volledige periphere accessoriusverlamming zonder uitwendige verwonding.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 1. 1910.*

Ein Fall, in welchem Erscheinungen von Seiten des Rachens, Kehlkopfes und des Herzens gänzlich fehlen. H. BURGER.

103) **C. D. van Wagenen. Lähmung des linken Stimmbandes in Folge Mediastinaltumors. (Adductor paralysis of the left vocal cord due to mediastinal tumor.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

In der Ruhestellung nimmt das Stimmband eine Mittelstellung zwischen Abduction und Adduction ein; beim Phoniren macht es eine schwache abductorische Bewegung, jedoch keine Spur von Adduction. Es besteht eine compensatorische Hyperadduction des rechten Stimmbandes. Es besteht keinerlei mechanisches Moment für die Behinderung der Bewegung. Das Röntgenbild zeigt einen grossen Mediastinaltumor. EMIL MAYER.

104) **Grabower** (Berlin). **Die diagnostische Bedeutung der Kehlkopflähmung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 15. 1911.*

Fortbildungsvortrag, der aber auch für den Laryngologen von Fach manches Interessante bringt. — Nach einigen einleitenden Erörterungen über die Kehlkopfbilder bei den Lähmungen der einzelnen Kehlkopfmuskeln und -muskelgruppen bespricht Verf. das Rosenbach-Semon'sche Gesetz, wobei er die grössere Hinfälligkeit des Posticus auf die von ihm nachgewiesene absolute und relative Nervenarmuth dieses Muskels zurückführt. Er wendet sich sodann zu den peripheren Ursachen der Recurrenslähmung (Drüsenschwellungen, Aortenaneurysma, Aneurysma der Subclavia dextra, Tumoren der Schilddrüse, des Oesophagus, Narben an der rechten Lungenspitze, Mitralstenose mit Erweiterung des linken Vorhofs), bespricht die Centren der Kehlkopfmuskelnerven, wobei er betont, dass wir nur von den Centren im verlängerten Mark einige Kenntniss haben (Nucleus ambiguus), die Repräsentation in der Grosshirnrinde aber nicht kennen, und erörtert schliesslich ausführlicher die Kehlkopflähmungen bei den verschiedenen Krankheiten des Gehirns (Bulbärparalyse, Pseudobulbärparalyse, Syringomyelie, multiple Sklerose, Tabes, Tumoren des Kleinhirns und des verlängerten Marks), wobei sich ergiebt, dass in vielen Fällen der Kehlkopfbefund ein wichtiges, zuweilen ein pathognomonisches Zeichen darstellt. ZARNIKO.

105) **A. Réthi** (Königsberg i. Pr.). **Zur Technik der Entfernung von Kehlkopfpolypen.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Zur Vermeidung von Entgleiten durchtrennter Polypen in die Trachea empfiehlt Verf. eine Zange, deren Kopf ca. 2mal so lang ist, wie der der Fränkel-schen Zange, und welcher an der der schneidenden Seite gegenüberliegenden Partie mäusezahnartig gespitzt ein wenig Zwischenraum zwischen den Schneiden lässt. Abbildung. W. SOBERNHEIM.

106) **Masini. Behandlung der Kehlkopfpapillome. (Treatment of laryngeal papillomata.)** *New York med. journ. 11. Mai 1912.*

Geschichte einer Patientin, die 35 Jahre lang immer wieder wegen recidivirender Kehlkopfpapillome operirt wurde; schliesslich musste wegen drohender Asphyxie die Tracheotomie gemacht werden. Die Anwendung von Calcium-Magnesia in täglichen Dosen von 4—6 g brachte jede Spur der Geschwülste zum Verschwinden.

EMIL MAYER.

107) **Dortu. Gebrannte Magnesia und multiple Papillome des Kehlkopfs. (Magnésie calcinée et papillomes multiples du larynx.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 6. 1912.*

Seitdem Claoué die gebrannte Magnesia zur Behandlung der recidivirenden Kehlkopfpapillome empfohlen hat, mehren sich die Berichte über erfolgreiche Anwendung dieses Mittels. Verf. berichtet ebenfalls über zwei Fälle, einen Patienten von 56 Jahren und einen Knaben von 3 Jahren betreffend, die beide endgültig von den Recidiven nach interner Anwendung von Magnesia (4 g pro die) befreit worden sind.

LAUTMANN.

108) **Robert Abbe. Papillome der Stimmbänder mittels Radium geheilt. (Papilloma of vocal cords cured by radium).** *Medical Record. 13. April 1912.*

Bei der einen Patientin, über die Verf. berichtet, war es seit über 47 Jahren nöthig, alle 6 Monate den Larynx mittels schneidender Zangen von den Papillomen zu befreien. Bei einer zweiten 17jährigen Patientin wurden gleichfalls als Ursache der bestehenden Heiserkeit Papillome auf beiden Stimmlippen entdeckt. Verf. machte in Aethernarkose die Tracheotomie, führte durch die Wunde einen Draht bis zum Munde und befestigte daran eine Kapsel, die 100 mg reinen Radiums enthielt; er zog diese in den Larynx, so dass sie zwischen den Stimmlippen zu liegen kam. Während die Narkose durch die Tracheotomiewunde weiter unterhalten wurde, beliess er die Kapsel 30 Minuten lang in ihrer Lage. Drei Monate nach dieser einen Behandlung war keine Spur von Papillomen mehr vorhanden.

EMIL MAYER.

f) Schilddrüse.

109) **Krecke** (München). **Die Struma in ihren Beziehungen zum Gesammtorganismus.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 37 u. 38. 1912.*

Nach einem Vortrage, gehalten im Fortbildungscurs in Kempten am 27. 3. 1912.

HANSZEL.

110) **Sterckmans. Bericht über einen tödtlichen Fall von congestiver Thyreoiditis. (Relation d'un cas mortel de thyroïdite congestive.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. 1912.*

Ein Mann von 28 Jahren, der ohne jede constitutionelle Erkrankung und ohne besondere Schilddrüsenvergrösserung an einer Angina erkrankt, macht im Anschluss an diese Angina eine Krankheit durch, die innerhalb 2 Monate mit dem

Tode endet. Die auffallendsten Symptome waren die eines acuten Basedow mit Schwellung der Schilddrüse, namentlich im linken Lappen, Exophthalmus namentlich links, Tachycardie (100—110 Pulsschläge). Keine Autopsie. LAUTMANN.

111) **Riedel** (Jena). **Die Frühoperation bei Morbus Basedowii.** *Münch med. Wochenschr. No. 28. 1912.*

Verf. befürwortet nachdrücklich eine möglichst frühzeitige Operation bei Morbus Basedowii, bevor die Kranken herunterkommen, an heftigem Herzklopfen und Exophthalmus leiden. „Auch bei fehlender Struma sollte man an Basedow denken, wenn jemand über abnorme, mit seinen Leistungen im Widerspruche stehende Schwäche klagt, ohne dass ein anderer Grund für die Hinfälligkeit nachzuweisen ist“. Oft handelt es sich bei solchen Fällen nur um kleine, substernale Strumen, die schwer nachzuweisen sind. Zur Illustration der günstigen Erfolge frühzeitig operirter Basedow-Erkrankungen fügt Autor einige einschlägige Krankengeschichten bei. In dem einen Fall fanden sich in der Struma Riesenzellen mit wandständigen Kernen; auf Grund der Anamnese und des klinischen Befundes vermuthet Autor eine ausgeheilte, in der Kindheit acquirirte Infection mit Bac. tub. bovinus. Anschliessend verbreitet sich Autor eingehend über die Technik der Kropfoperation, die in manchen Punkten von der anderer Autoren (Kocher, Krecke) abweicht. Autor hat mit seiner Methode vorzügliche Erfolge ohne Complicationen (Tetanie etc.) erzielt. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

112) **W. J. van Stockum** (Rotterdam). **Operative Behandlung des Morbus Basedowii. (Operatieve behandeling van morbus Basedowii.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 11. 1912.*

Uebersichtsartikel, in welchem den verschiedenen Bedenken gegen die operative Behandlung ausführlich Rechnung getragen wird. H. BURGER.

113) **Charles H. Mayo. Sicherheitsmaassnahmen bei der Operation wegen Basedow. (Factors of safety in operating for exophthalmic goitre.)** *Journ. amer. med. assoc. 6. Juli 1912.*

Verf. berichtet über eine Serie von 278 Operationen wegen Basedowkropf ohne einen Todesfall. Verf. führt diese günstigen Resultate auf Befolgung folgender Momente zurück:

Er operirt nicht während der Perioden von Exacerbation oder besonderer Activität der Krankheit; während dieser Zeit wird Ruhe, Röntgenstrahlen etc. angewandt und dem Herzen, sowie der Darmfunction die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt, bis die Exacerbation der Symptome vorüber ist.

Ebenso soll nicht operirt werden, so lange Magenkrisen oder acute Delirien vorhanden sind.

Jede Herzdilatation von gewissem Umfang gilt als Contraindication gegen die Operation.

Bei Fällen im Frühstadium sieht man oft wunderbare Erfolge nach der doppelseitigen Unterbindung. Jedoch ist die Zahl dieser Fälle verhältnissmässig klein

und man kann nicht immer mit Sicherheit sagen, dass die Besserung eine Folge der Operation ist.

Sehr riskante Fälle werden durch die Unterbindung allein der Gefässe am oberen linken Pol behandelt. Die Reaction ist ungefähr $^3/_4$ so stark als bei der doppelten Unterbindung. Ist die Reaction sehr stark, so wird eine Woche später die Unterbindung auch am rechten oberen Pol gemacht. Die darauf folgende Reaction ist, verglichen mit der ersten Unterbindung, eine leichte. Ist die Reaction nach der ersten Unterbindung nicht stark gewesen, so wird bei der zweiten Operation der rechte Drüsenlappen, der Isthmus und möglicherweise auch ein Theil des linken Lappens entfernt. In Fällen starker Abmagerung, bei zur Zeit leidlichem Zustand, wird auf einmal eine doppelte Unterbindung gemacht. Die Ligatur der Gefässe soll dicht am Pol gemacht werden oder noch ein Stück von diesem mit in sich greifen. Thyreodectomie von $^3/_5$ der Drüse oder mehr soll in allen chronischen Fällen gemacht werden, in denen nicht eine zu erhebliche Herzdilatation besteht oder sonst Complicationen vorhanden sind. EMIL MAYER.

g) Oesophagus.

114) **Strukowski** und **Baron** (Dorpat). **Congenitale Atresie der Speiseröhre mit Trachealfistel.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. 1912.*

Ein in leichter Asphyxie geborenes Kind war nicht im Stande zu saugen. Aus der beständig schnüffelnden Nase entleerte sich reichlich zäher grauweisser Schleim. Exitus nach 48 Stunden. Bei der Section fand sich Erweiterung der Speiseröhre, die in einen blinden Sack endigte, von welchem aus eine schlitzförmige Fistel zur Trachea führte. SEIFERT.

115) **St. Pechkranc. Ueber sog. spontane idiopathische Oesophagusdilatationen. (O t. zw. samoistnych rozlanych rozszerzeniach przełyku.)** *Medycyna. No. 34, 35, 36. 1912.*

Der Verf. beobachtete und untersuchte genau während der letzten Jahre 7 Fälle des genannten Leidens, welches er bereits vor 13 Jahren näher kennen zu lernen Gelegenheit hatte, als er in der „Gaz. lek." im Jahre 1899 seine ersten Beobachtungen publicirte. Auf Grund seines Materials und der Statistik der europäischen Literatur kommt er zu der Ansicht, dass dieses Leiden meist auf Grund eines tetanischen Spasmus der Cardia auftritt, dagegen die Fälle selten sind, in denen das Leiden in Folge der Atonie der Oesophagusmusculatur sich entwickelt. Auf Grund seines eigenen Materials beschreibt Verf. genau die klinische Seite dieses Leidens und fügt 2 neue von ihm beobachtete Symptome hinzu, die bei der Differentialdiagnose zwischen der organischen Verengung des unteren Theiles des Oesophagus und der spastischen behülflich sein können. Verf. ist der Ansicht, dass, was die Diagnose betrifft, eine systematische und genaue klinische Untersuchung bei den meisten Fällen eine sichere Diagnosenstellung gewährleistet. Die Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen dient bei allen Fällen nur zur Controle. Dasselbe lässt sich von der Oesophagoskopie sagen, die in 3 Fällen des Verf.'s stattfand. Das Leiden dauert sehr lange und ist heilbar. Bei der Behandlung

suchen wir vor allem Entfernung der stagnirenden Speisen im erweiterten Theile des Oesophagus (systematische Durchspülungen des Oesophagus mittelst der Sonde u. s. w.). Zur Dilatation leisten auch gute Dienste Instrumente des verschiedensten Typus, z. B. von Eichhorn. Im äussersten Falle, wenn der Hungertod droht, kann man zu einem operativen Eingriff anrathen in der Art, wie es zuerst v. Mikulicz versuchte, d. h. nach der erfolgten Gastrostomie mit folgender Dilatation vom Magen aus mittelst Finger oder Pincette. A. v. SOKOLOWSKI.

116) **William Lerche. Ein verbessertes Oesophagoskop. (An improved Esophagoscope.)** *Journ. amer. med. assoc. 2. März 1912.*

An dem Instrument des Verf.'s befindet sich die Lampe am distalen Ende des Rohres; durch ein bis an das Ende des Tubus zu schiebendes Saugerohr wird verhütet, dass die Lampe durch Blut oder Secret beschmutzt wird. Das Instrument wird stets ohne Obturator unter Leitung des Auges eingeführt. Der Handgriff ist auswechselbar je nach der Stellung, in der der Patient untersucht wird.

EMIL MAYER.

117) **R. W. Willcocks. Ein Fall von Verschlucken einer Gabel. (A case of swallowed fork.)** *Lancet. 28. September 1912.*

Eine erwachsene Frau verschluckte eine Gabel, als sie mit dem Griffe derselben ihre Rachenhinterwand kitzelte, um Erbrechen hervorzurufen. Die Gabel wurde im oberen Theil des Oesophagus eingekeilt mit der Spitze an der Zunge. Die Extraction gelang schwer mit Hülfe der Finger. J. WRIGHT.

118) **V. Jourdrain. Lungencomplicationen bei Oesophaguskrebs. (Complications pulmonaires directes du cancer de l'oesophage.)** *Dissert. Paris 1910.*

Verf. zählt die Fälle aus der Literatur auf, bei denen sich im Anschluss an Speiseröhrenkrebs Lungengangrän, eitrige Pleuritis, secundärer Lungenkrebs entwickelte. Fast immer sitzt in diesen Fällen der Speiseröhrenkrebs in den unteren Partien. OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Hoffmann. Die Krankheiten der Bronchien.** Zweite neubearbeitete Auflage. Wien und Leipzig. Verlag von A. Hölder. 1912. Preis 8,50 M.

Das Werk umfasst 224 Seiten mit 11 Holzschnitten.

Nach kurzer anatomischer und physiologischer Besprechung geht der Verf. auf die Erkrankungsformen der Bronchialschleimhaut über, die, vorzugsweise nach ätiologischen und pathologischen Gesichtspunkten, sehr gründlich dargestellt sind.

Für den Laryngologen von Interesse ist natürlich in erster Linie das Capitel über die bronchialen Fremdkörper, in welchem speciell die übersichtliche Behandlung und Besprechung der pathologischen Veränderungen und der durch sie bedingten Symptome hervorzuheben ist, während die Therapie nur in grossen Zügen, unter knapper Zusammenstellung des statistischen Gesammtresultats dargestellt wird.



Bei den anderen Bronchialerkrankungen erscheint es für den Laryngologen befremdend, dass die Stellung der Bronchoskopie bei Diagnose und Therapie der verschiedenen Affectionen nicht berücksichtigt oder nur sehr kurz gestreift wird. So werden bei den Tumoren die endoskopisch festgestellten und exstirpirten Fälle nur casuistisch in der Literaturangabe aufgezählt und bei der Asthmabesprechung wird nur ganz kurz auf die Befunde von Pieniazek und Nowotny verwiesen.

Der Endoskopiker kommt also bei dem Werk nur insofern auf seine Rechnung, als er in ihm eine sehr gründliche und genaue Darstellung der pathologischen und ätiologischen Grundlagen der Bronchialerkrankungen findet.

Albrecht (Berlin).

---

b) A. Bruck. **Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle sowie des Rachens und des Kehlkopfs.** 2. Auflage. Wien. Urban & Schwarzenberg. 1912. Preis gebunden 16 M.

Das Bruck'sche Lehrbuch ist in 2. Auflage erschienen. Sie umfasst 472 Seiten mit 252 zum Theil farbigen Abbildungen und 2 Tafeln. Die neue Fassung zeigt gegenüber der ersten Auflage nicht unwesentliche Verbesserungen und Umarbeitungen, die in präciser Form die neuesten wissenschaftlichen Ergebnisse und Erfolge in unserem Specialgebiet zur Darstellung bringen. Speciell die Krankheiten der Nebenhöhlen sind nach den modernen diagnostischen und therapeutischen Anschauungen umgearbeitet, ferner erfuhren die Kehlkopftuberculose und die Stimmstörungen eine gründliche Ergänzung und Verbesserung. Wie schon die erste Auflage ist auch die neue Bearbeitung in erster Linie bestrebt, den praktischen Bedürfnissen zu dienen, es ist deshalb die wissenschaftliche Forschung nur so weit berücksichtigt, als sie für die Praxis von Wichtigkeit erscheint. Die Art der Darstellung selbst hat gegenüber der ersten Auflage eher noch an Uebersichtlichkeit und Klarheit gewonnen, auch sorgen die neuen Abbildungen für erhöhte Verständlichkeit, so dass das Buch Aerzten und vor Allem Studierenden warm empfohlen werden kann. Albrecht (Berlin).

---

c) Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1912.

Vorsitzender: O. Chiari.

Pischel a. G. demonstrirte seine Methode der Wundbehandlung mit Collodium nach Nasenoperationen (siehe Sitzungsbericht des Internation. Laryngo-Rhinologen-Congresses zu Berlin 1911).

Hugo Stern, spricht über Registrirung von Sprechbewegungen und beschreibt den „Glossograph" von Gentilli, der, noch entsprechend vervollkommnet, sowohl theoretischen als auch praktischen Werth haben wird.

Hirsch stellt eine Patientin vor, bei welcher er auf endonasalem Wege in Localanästhesie einen Hypophysentumor operirte nach der von ihm angegebenen Methode. In diesem 18. derartig operirten Fall wandte H. auch mit Erfolg die Aspiration der restlichen Hypophysenstückchen an.

Sitzung vom 7. Februar 1912.

Vorsitzender: O. Chiari.

H. Stern stellt einen Fall von Sigmatismus vor, bei dem das „s“ durch ein „ch“ ersetzt wurde.

Discussion:

F. Neumann hat 1911 dieselbe Sprachaffection als Parasigmatismus gutturalis bezeichnet und publicirt.

Réthi weist auf gewisse klanganalytische Aehnlichkeiten dieser beiden Reibungslaute hin.

Menzel zeigt einen 57jährigen Mann mit initialem primären Carcinom des weichen Gaumens.

Glas demonstrirt retronasale Photographien, welche mit dem modificirten Hays'schen Pharyngoskop angefertigt wurden und 1. ein grosses hinteres Muschelende, 2. eine Schwellung am hinteren Septumrand und 3. eine membranöse retronasale Atresie darstellen. Zum Schlusse bespricht G. einige histologische Präparate.

Kahler: Photographien des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes unter Vorführung des Apparates.

Fein demonstrirt einen 17jährigen Mann, bei welchem im Verlaufe eines Typhus eine Stimmlippenlähmung (Recurrens) auftrat und wieder im Verschwinden begriffen ist.

An der Discussion betheiligten sich Pollatschek a. G., Roth, Réthi, Hütter, Menzel und Kofler.

Marschik spricht über zwei Patienten nach Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinom, welche sich aus einer jahrelang dauernden Papillomatose entwickelt hatten. Während bei dem einen Patienten die Wunde fast geheilt ist und die Gluck'sche Pharynxstimme geübt wird, erlag der zweite Patient einer Mediastinitis.

Ferner berichtet M. über einen günstigen Erfolg einer Palliativoperation mit nachfolgender langdauernder Röntgenbehandlung in einem Falle von Rundzellensarkom des Oberkiefers bei einer 85jährigen Frau.

Kofler bemerkt, dass in manchen Fällen nach Adenotomien über abnorme Krustenbildung und ein lästiges Trockenheitsgefühl im Nasenrachenraume geklagt wird, und beschuldigt diesbezüglich in Uebereinstimmung mit Glas die in solchen Fällen meist constatirte Lordose der Halswirbelsäule.

Sitzung vom 6. März 1912.

Vorsitzender: Koschier.

Fröschels berichtet über ein neues Verfahren zur Diagnose der Rhinolalia clausa palatina (Gaumensegelkrampf) — publicirt in der Monatschrift für Ohrenheilkunde etc.

Hierzu sprechen Réthi und Weil.

Marschik demonstrirt einen 65jährigen Patienten, bei welchem ein Tumor der Trachea endolaryngeal entfernt wurde, der wahrscheinlich ein Chondrom oder Chondrosarkom ist. Histologischer Befund noch ausstehend.

Marschik stellt weiter vor einen 42jähr. Mann, bei welchem von O. Chiari wegen hochgradigen einseitigen Exophthalmus, Polypen im mittleren Nasengang und Eiter daselbst das Siebbein eröffnet wurde, dieses jedoch nicht erkrankt gefunden wurde, dagegen ein Haemangioma cavernosum des Orbitalgewebes entfernt wurde. Heilung.

Braun: Retentionscyste der Bursa pharyngea.

Glas demonstrirt einen Fall von tuberculöser retropharyngealer Lymphdrüse mit positivem Calmette, einen Fall klinisch primärer Tuberculose des Introitus nasi und der Tonsille und weiter einen Fall von isolirter, fibrinöseitriger, fötider Sinusitis sphenoidalis durch Entfernung der festhaftenden Membran geheilt, die einen membranösen Abguss der Keilbeinhöhle darstellte. Hinweis auf die Stimmgabelversuche zwecks Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen, deren Werth von Kofler bestätigt wird.

Tschiasny demonstrirt ein Papillom der Uvula.

Heindl zeigt Präparate von einer totalexstirpirten Tonsille, nach deren Entfernung es zu einer lebensgefährlichen Blutung kam. (Wird publicirt.)

Discussion:

Koschier sieht die Ursache hierfür in zurückgebliebeneu Kapselresten.

Kofler bespricht die Nachtheile der hohen Tracheotomie und speciell der Conicotomie bei Kindern und stellt eine 19jährige Patientin vor, bei welcher noch eine Tonsillectomie wegen Pfröpfen eine Gastritis subacida heilte.

Hütter demonstrirt einen Patienten mit cavernösem Hämangiom der Mundschleimhaut.

Weil spricht über Mandeloperationen und kritisirt eine Arbeit Tenzer's aus Kochier's Abtheilung deswegen abfällig, weil darin zu wenig exakte Beobachtungen mitgetheilt werden und bezweifelt vor Allem das angebliche Nichtvorhandensein einer Arteria tonsillaris.

Sitzung vom 17. April 1912.

Vorsitzender: Hajek.

Menzel demonstrirt 7 Fälle von bisher grösstentheils unbekannten in der Nase und im Rachen von Stockdrechslern zu beobachtenden Berufserkrankungen und zwar eine circumscripte Atrophie und Schwund des Knorpels, Perforationen, Deviationen, Deformirung der äusseren Nase, Atrophie der Muschelschleimhaut und trockenen Katarrh der Schleimhaut im Rachen.

Stern stellt den in der Januarsitzung demonstrirten Patienten mit Parasigmatismus geheilt vor.

Hütter spricht an der Hand eines Falles von Larynx- und Lungentuberculose über die mitunter ungünstige locale Wirkung des Tuberculins auf den Larynx, während Curette und Kauter oft günstig wirken.

Discussion:

Koschier und Hajek rathen zur Vorsicht in der Deutung histologischer Präparate bei Rachen- und Nasentuberculose.

Hierzu sprechen die Herren Glas, Braun und Weil.

Glas operirte bei einem Patienten einen grossen Choanalpolypen mit verhältnissmässig reichlichem lymphoiden Gewebe und spricht über retrobulbäre Neuritis, die er durch endonasale Operation heilte.

Discussion:

Chiari, Hajek, Kofler und Fein berichten über die Thatsache, dass ohne Nebenhöhlenaffection in solchen Fällen oft allein durch die Blutentziehung auf endonasalem Wege die retrobulbäre Neuritis sich bessert und schwindet.

Neumann stellt aus der Klinik Chiari ein Lymphosarkom beider Tonsillen vor mit mächtigen Metastasen in den regionären Drüsen und lobt die Röntgenbehandlung in diesem Falle.

Tschiasny demonstrirt aus der Klinik Chiari einen Patienten mit Purpura rheumatica mit vorwiegender Betheiligung der Mund- und Rachenschleimhaut.

Discussion:

Roth weist auf die höchst mangelhafte Mundpflege bei dem Patienten hin.

Schlemmer spricht über einen von ihm an der Klinik Chiari operirten Fall von Panantritis acuta dextra bei einem 4jährigen Kinde und nimmt an, dass eine Angina lacunaris ätiologisch für die Nebenhöhlenerkrankung in Betracht kommt.

Discussion:

Fein, Menzel, Glas und Chiari sprechen über Nebenhöhlenaffectionen bei Kindern.

Menzel: Tumor des Nasopharynx. Möglicherweise eine teratoide Geschwulst. Histologischer Befund noch ausstehend.

Kofler behandelte ein Sklerom des Larynx mit Elektrolyse ohne nennenswerthen Erfolg.

Hanszel.

---

d) Vierundachtzigste Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Münster, September 1912.

Section für Laryngologie und Rhinologie.

Nachdem Bockemöhle die Abtheilung eröffnet und P. Heymann den Vorsitz übernommen hatte, theilte



Coenen (Breslau) drei Fälle von plastischem Ersatz der Nasenbeine bei traumatischen Sattelnasen mit, bei denen der Ersatz durch freie Knochentransplantation aus der vorderen Tibiakante, deren Gestalt etwa die Form des Nasenrückens wiederholt, genommen wurde. Er meisselte aus der Tibiakante ein etwa 3 cm langes Knochenstück unter Erhaltung des Periostes ab, schnitt es mit der Knochenzange zurecht und schob es durch einen kleinen Hautschnitt an die richtige Stelle. Die Einheilung gelang gut und die Röntgenbilder zeigten den vollen Erfolg der Maassnahme.

Den Vorschlag von Eugen Hopmann, das Knochenstück von innen durch einen Schleimhautschnitt einzuführen, lehnte C. wegen der Schwierigkeit der Asepsis in der Nase ab.

Eugen Hopmann (Cöln) demonstrirte die Präparate eines weiteren Falles von gestieltem Carcinom des Hypopharynx, welches er durch seitliche Pharyngotomie entfernte, da sich durch die feste Beschaffenheit des Stieles eine Durchtrennung mittelst der Schlinge als unmöglich erwies. Er erörterte dann die verschiedenen gestielten Geschwülste des Hypopharynx (Fibrome, Lipome, Sarkome) und giebt an, dass wahrscheinlich die Stielbildung bei diesen Geschwülsten durch die Zerrung beim Schlucken etc. zu Stande käme. Im Ganzen fänden sich in den Eingeweiden nicht selten polypöse Bildungen, manchmal verbunden mit Carcinom. In dem früher von Hopmann mitgetheilten Falle von gestieltem Pharynxcarcinom konnte er später einen Mastdarmpolypen operiren.

P. Heymann bemerkt im Anschluss, dass vor Kurzem in der Gesellsch. d. Charitéärzte ein Fall von gestieltem Carcinom der aryepiglottischen Falte vorgestellt wurde, das Killian mittelst der Schwebelaryngoskopie derart freilegte, dass der Stiel mit der Glühschlinge durchgetrennt werden konnte, nachdem die Geschwulst mit einer Zange gefasst war.

Albanus (Hamburg) empfiehlt die Anwendung der Kaltkaustik, die er in etwa 130 Fällen von Lupus, von Tuberculose (Infiltrationen und Geschwüre), wie von Carcinomen in Gebrauch gezogen hat. Die Anwendung ist eine einfache, die Wunden sind durchaus aseptisch und die weitere Verbreitung des krankmachenden Stoffes, wie sie nach Zerstörung mit schneidenden Instrumenten manchmal vorkommt, ist gänzlich ausgeschlossen. Er demonstrirt die von ihm adaptirten Instrumente für Nase, Kehlkopf etc., sowie eine Anzahl Bilder von Lupusfällen vor und nach der Heilung.

P. Heymann (Berlin) hebt hervor, dass sehr häufig durch weitere Beobachtungen für pathognomonisch gehaltene Erscheinungen diese Bedeutung entweder ganz verlieren oder doch jedenfalls in ihrer Sicherheit Einbusse erfahren. Als Beispiele führt er an die Affectionen der hinteren Larynxwand, die man als sicheres Zeichen für Tuberculose bewerthete, und die Ulcerationen und Perforationen des Septum narium, deren Entstehung aus Syphilis allgemein für sichergestellt galt. So wird auch jetzt noch die einseitige Erkrankung eines Stimmbandes für pathognomonisch für eine constitutionelle Erkrankung, Tuberculose, Syphilis oder Carcinom, betrachtet. Aber schon mehren sich die Beobachtungen von entzündlichen

Erkrankungen nur eines Stimmbandes oder sogar eines Stimmbandtheiles, bei denen die Untersuchung und längere Beobachtung eine solche specifische Ursache auszuschliessen erlaubte und die dann auch in mehr oder weniger langer Zeit in Heilung übergingen. Heymann hat im Laufe der Jahre eine ganze Anzahl hierher gehöriger Fälle gesehen, sowohl acuten, als auch chronischen Verlaufes. In einem Falle betrug die Dauer der Krankheit mehr als zwei Jahre, um dann endlich im Laufe einer länger dauernden Schweigecur zum günstigen Ausgang zu gelangen. H. hält es für wichtig, dass das Vorkommen solcher Erkrankungen im Bewusstsein der Collegen festgelegt werde, da ihm, wie auch Rosenberg, Fälle begegnet seien, in denen von anderer Seite in Folge der falschen Diagnose operative Eingriffe, Phthisissanatorien u. dgl. angerathen worden waren. Die weit überwiegende Mehrzahl von Erkrankungen nur eines Stimmbandes entstehe allerdings im Laufe von constitutionellen Erkrankungen, und erst nach Ausschluss einer solchen dürfe man die Diagnose „Katarrh“ stellen. Als Ursache dieser Erscheinung glaubt Heymann annehmen zu sollen, dass der Infectionsmodus der Tuberculose sowohl wie der Syphilis eine locale Ursache voraussetze. Nimmt man an, dass der Kehlkopf durch Contact inficirt werde, so sei eine Läsion der Schleimhaut nöthig, nimmt man eine Infection auf dem Lymph- oder Blutwege an, so werde die inficirende Masse auch an eine bestimmte Stelle hingeführt. Die Noxe des Katarrhs ist aber ubiquitär, wenigstens in unseren Gegenden; um sie zur Wirksamkeit gelangen zu lassen, ist eine Herabsetzung der Abwehrfähigkeit der Gewebe durch atmosphärische, thermische, mechanische oder chemische Einflüsse erforderlich, welche Einflüsse in der Regel die ganze Schleimhaut gleichmässig treffen.

F. Reichert (München) berichtet über zahlreiche anatomische und klinische Untersuchungen über Störungen der Stimme. Nach ihm ist ein leichter und freier Sprach- und Gesangston nur möglich bei völliger Ruhelage der Zunge. Diese Ruhelage tritt ein, wenn beide Muskelgruppen, die Herausstrecker und Zurückzieher der Zunge, völlig entspannt sind. Dann liegt die Zunge an der ihr zukommenden Stelle zwischen den Kiefern. Dies ist aber nur möglich, wenn die Parabel der Kiefer eine der Zunge entsprechende Grösse und Form hat. Ist die Form oder die Grösse der Kieferbogen verengert oder verkürzt, so wird die Zunge in den Rachen zurückweichen, auf den Larynx drücken und „tonstörend“ wirken. Hieraus entsteht dann Stimmverderbniss mit Phonasthenie. — Ebenso entständen Deviationen des Septum narium durch diese Asymmetrien des Oberkiefers. Werde durch zahnärztliche Maassnahmen der Oberkiefer gedehnt und wieder der Norm nahe oder ganz zugeführt, so verschwänden die Deviationen ebenso wie die Stimmstörungen; Verf. schliesst das aus den Erfolgen seiner Kieferdehnungen, vergisst aber dabei, dass die meisten „Deviationen“ mit Cristen- und Spinenbildung vergesellschaftet sind, welche andere Aetiologien haben müssen und andere Behandlung erfordern.

Schon aus dem Aussehen des Versuchs und der Kieferbildung könne man schliessen, ob die Betreffenden über eine freie Tonbildung verfügten oder nicht. Er demonstrirt dazu eine sehr grosse Anzahl von Photographien namhafter Gesangs- und Sprachkünstler.

Darauf führt er einen sehr genau beobachteten Fall an, in dem er etappenmässig die Kiefer gedehnt hat. Mit der Erreichung jeder Etappe wurde ein Fortschritt in der Tonbildung und in der Gradestellung des Septums erzielt, wie Verf. durch Gypsabdrücke und phonographische Demonstrationen nachweist. Auch die Phonasthenie sowohl der Sprech- als auch der Singstimme wurde vollständig geheilt. Sehr bemerkenswerth ist, dass es sich um einen 36 jährigen kräftigen Mann handelte, bei dem die Dehnung der Kiefer und damit die völlige Beseitigung der Beschwerden, ja selbst die Erzielung einer kräftigen wohllautenden Gesangsstimme sich noch erzielen liess.

Als Hauptursache der Unterentwicklung der Kieferknochen bezeichnet Verf. die frühzeitige Extraction der Milch- und bleibenden Zähne, wodurch eine hochgradige Störung im Wachsthum der Kieferknochen geschaffen werde.

Er schliesst dann mit einem flammenden Appell: „Es giebt nur einen Weg, der die Gesangskunst aus ihrem Elende herausreisst, es ist der Weg der Prophylaxe, Schaffung natürlicher Verhältnisse von Jugend auf. Einen Zahn lediglich als Kauwerk zu betrachten ist ein Fehler, der sich an der Gesundheit unseres Volkes bitter gerächt hat. Und wenn wir heute einen so hohen Procentsatz an Mundathmern mit all den Rückwirkungen auf Herz und Lunge und damit auf den ganzen Körper haben, so dürfte ein gut Theil auf Kosten der frühzeitigen Extraction der Milch- und bleibenden Zähne zu setzen sein. Deshalb Conservirung der Zähne im Entwicklungsstadium."

Eugen Hopmann erkennt die Bedeutung der Reichert'schen Idee an, legt aber bei der Beseitigung der Stimmfehler doch ein wesentliches Gewicht auf Unterricht durch Vorbild und Nachahmung. Die Phonasthenie sei ein Theilgebiet der Neurasthenie und müsse demgemäss behandelt werden. P. Heymann.

---

e) XXII. Congress der Belgischen Gesellschaft für Otologie, Laryngologie und Rhinologie.

Vom 13. bis 14. Juli in Brüssel.

Vorsitzender: E. Labarre (Brüssel).

Boval (Charleroi) ist für 1913 zum Präsidenten und Veres (Brüssel) zum Vicepräsidenten ernannt.

Themata zur Berichterstattung für 1913:

1. Indicationen zur Radicalcur bei der chronischen Otorrhoe: Berichterstatter: van den Wildenberg (Antwerpen).

2. Behandlung der Larynxtuberculose; Berichterstatter: Ledoux und Parmentier (Brüssel).

Sitzung vom 13. Juli 1912 im St. Petrushospital.

A. Demonstration anatomischer und anatomisch-pathologischer Präparate.

Delie (Ipres): Laryngitis phlegmonosa acuta.



Vorzeigen des Kehlkopfes eines 19jährigen Menschen, der nach 3 Tagen einer hyperacuten Kehlkopfentzündung trotz beschleunigter Tracheotomie und ausgiebiger intralaryngealer Entlastungsincision erlegen war.

Das Kehlkopflumen ist total verschwunden infolge der enormen Anschwellung der Mucosa; die Arytaenoidknorpel sind sehr voluminös und schwärzlich gefärbt; Oedem der Epiglottis und Zungenbasis.

de Stella (Gent): Einige Beobachtungen über die Nasenrachenfibrome.

Die Classification der Nasenrachentumoren hat auf anatomisch-pathologischer Basis zu geschehen. Diese Tumoren sind verschiedener Natur: adenoide Wucherungen, Schleimpolypen, Fibrome, Sarkome, Carcinome und Hypophysentumoren.

Das reine Fibrom ist immer endonasalen Ursprungs; Flügel des Flügelbeins; dasselbe geht ausser seiner Insertionsstelle keine Adhärenzen ein; wenn es diese vermittelst seiner Verzweigungen bildet, so wird es ein Fibroma sarcomatodes und recidivirt in diesem Falle, wenn es nicht total exstirpirt wird, sicher.

Diese Form verlangt die breiteste Entfernung, d. h. den Transmaxillo-naso-sinusalweg; für das reine Fibrom ohne Sinus- und Jochbeinverzweigungen kann man den Mundweg wählen.

Der Autor theilt hiernach die Beobachtung von 2 Nasopharyngealfibromen mit, das eine bei einem 19jährigen jungen Mann, der kurz nach einer ersten Intervention wegen vorzeitigen Recidivs eine zweite Operation durchmachen musste; das andere bei einem 26jährigen Mann; beide Fälle wurden mit der Moure'schen Transmaxillonasalbresche operirt.

van Swieten (Brüssel): Ein Fall von Diverticulum oesophagi.

Vorzeigen eines von einem 47jähr. Manne herrührenden Präparates, welcher seit 5 Jahren an Schlingbeschwerden mit Regurgitationen litt.

Die Diagnose wurde festgestellt:

1. durch den Katheterismus des Oesophagus; die Sonde hält an bei $26^1/_2$ cm;
2. durch die Oesophagoskopie, welche die seitliche Divertikelmündung erkennen liess, aus welcher Speisereste zum Vorschein kamen;
3. durch die Radioskopie und Radiographie: mandarinengrosse Tasche, hinter und unter dem Sternum gelegen.

Die Operation wird von Goris ausgeführt; schwierig auszuführende Dissection der Tasche nach vorheriger Verschiebung des Thyreoidlappens nach vorn und des Sternocleidomast. nach hinten.

Das Diverticulum hat eine Länge von $8^1/_2$ cm und eine Breite von 5 cm und öffnet sich auf der hinteren Seite des Oesophagus; es ist zusammengesetzt aus der Schleimhaut und der Muscularis.

Der Kranke erlag nach 3 Tagen einer Mediastinitis.

Broeckaert (Gent): Beitrag zur Hypophysenchirurgie.

Die vom Autor an einer ganzen Reihe von anatomischen Präparaten, welche derselbe vorlegt, vorgenommenen Untersuchungen, lassen denselben zu folgenden Schlüssen gelangen:

1. ehe man zur Hypophysektomie schreitet, ist es von Wichtigkeit, durch eine gut ausgeführte Radiographie festzustellen, ob keine Contraindication für den geplanten Weg durch die anatomischen Verhältnisse gegeben ist;

2. der transpalatine Weg, der kürzeste und direkteste, verdient, wenn auch nur ausnahmsweise, einen wichtigen Platz in der Chirurgie der Hypophyse einzunehmen;

3. die Operationen auf nasalem oder endonasalem Weg gestatten sehr häufig nur eine Ausräumung oder incomplete Curettage der Hypophysenbucht;

4. der endonasale Weg ist der conservativste, aber nur in den Händen der Rhinologen fähig, gute Resultate zu geben;

5. die Methoden von West und Citelli haben die Gefahr, die Sella turcica nicht in der Mittellinie, sondern seitlich zu eröffnen, was schwere Nachtheile haben kann;

6. Die Methode von Hirsch, welche auf der submucösen Resection der Nasenscheidenwand beruht, ist langwierig, schwierig und verlangt eine Handfertigkeit, die man nicht so leicht erlernt. Die Totalresection der Nasenscheidewand mit Erhaltung einer Dorsalschiene ist ihr überlegen, sowohl vom ästhetischen Standpunkt aus wie in Bezug auf schnelle Ausführung;

7. der Resection der Nasenscheidewand kann mit Vortheil die weite Eröffnung der Nasenhöhlen vorausgeschickt werden; die „Rhinostomia verticalis paramediana", die geringere Blutungen veranlasst als die anderen Methoden der Rhinotomie, ist das hier zu wählende Verfahren.

B. Verschiedenartige Mittheilungen.

van den Wildenberg (Antwerpen): Endonasale Radicalcur der chronischen Sinusitis maxillaris unter Localanästhesie.

Empfehlung der submucösen Resection der Crista pyriformis, der Gesichts- und Nasenwände mit Bildung von Schleimhautlappen; diese Methode bietet grosse Vortheile vor der Luc'schen Operation: raschere Heilung, geringere Blutung, Vereinfachung der Nachbehandlung von einer weiter nach vorne gelegenen endonasalen Oeffnung aus ohne Tendenz zu Verengerung und mit Ermöglichung des Kauens vom ersten Tag an.

C. Instrumentarium.

Trétrôp (Antwerpen): Augenblickssterilisation kleiner oto-rhino-laryngologischer Instrumente in der ambulanten Praxis.

Aus den bakteriologischen Untersuchungen des Autors geht hervor, dass eine siedende Lösung von Wasser und Opodeldoc zu gleichen Theilen in einigen Minuten kleine schneidende oder stechende Instrumente sterilisirt. Die Sterilisation geschieht durch ein kurzes Kochen in einem Reagensglas oder irgend einem anderen Recipienten. Die Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken, der Bac. pyocyan. et coli widerstehen einer solchen Behandlung nicht.

Depage (Brüssel): Neuer Operationsstuhl, welcher oto-rhinologische Untersuchungen erleichtert. Die Demonstration wird vom Instrumentenmacher ausgeführt.

Sitzung vom 14. Juli im St. Petrushospital.

Krankenvorstellung.

Broeckaert: Zerstörung der Nase durch Krebs. Rhinoplastik mit seitlichem Lappen.

B. stellt eine Person vor, welcher er die durch Krebs zum grössten Theil zerstörte Nase wieder neugebildet hat, indem er jeder Wange einen Lappen von der Form eines gleichschenkeligen Dreiecks entnahm, dessen Spitze nach innen und etwas innerhalb des grossen Augenwinkels beginnt, und dessen gekrümmte Basis zum Theil die Nasenwangenfalte umfasst; er liess dann die beiden Lappen nach innen gleiten, indem er sie über die an Ort und Stelle belassene gesunde Haut hinüberführte.

Mit diesem der französischen rhinologischen Methode entlehnten Verfahren hat er vom ästhetischen Standpunkt aus ein ausgezeichnetes Resultat erzielt.

Labarre (Brüssel): Krebs des Sinus maxillaris. Operation. Heilung.

L. stellt einen mit einem im Gefolge einer vernachlässigten Sinusitis aufgetretenen Krebs des Oberkiefers behafteten Mann vor; die Neubildung war neben dem Nasenflügel zu Tage getreten und bildete am Gaumengewölbe einen breiten Pilz, die Nasenhöhle mit ihren Ausläufern ausfüllend.

Klassische Resection des Oberkiefers, in deren Verlaufe sich zeigt, dass die Geschwulst sich viel weiter ausdehnte, als es den Anschein hatte, in Folge dessen die Nasenscheidewand, das Siebbein, das Gaumengewölbe und ein grosser Theil des entgegengesetzten Kiefers resecirt werden musste. Verlauf sehr günstig; kein Recidiv seit 7 Monaten. Die Gaumenschleimhaut war grösstentheils an die Wangenschleimhaut angenäht, wodurch die secundäre Prothese sehr erleichtert wurde.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Kehlkopftuberculosen behandelt vermittelst der Thyrotomie oder der Tracheotomie.

Vorstellung zweier Fälle schwerer Larynxtuberculose, die beide mit einem beinahe vollständigen Erfolg, die eine durch eine prolongirte Tracheotomie, die andere durch Laryngofissur unter Localanästhesie behandelt wurden. W. ist der Meinung, dass man einen Eingriff vornehmen könne, wenn der Allgemeinzustand gut, der Verlauf der Krankheit langsam und die Lungen intact oder ganz wenig angegriffen sind. Die Laryngofissur verdient den Vorzug vor der Tracheotomie, wenn man alles Kranke entfernen kann.

Van den Wildenberg: Pharyngoplastik bei einem seit 2 Jahren laryngo-pharyngectomirten 71jährigen Mann.

Vorstellung des Kranken. Dank einer Pharyngoplastik nach Gluck hat er jetzt einen Hautpharynx, der sehr gut functionirt. Keine Spur von Recidiv.

Van den Wildenberg: Totale Laryngectomie; gleichzeitige Pharyngoösophagotomie wegen Krebs mit Lymphdrüseninfection.

Vorstellung eines 55jährigen Kranken, der an einem sehr ausgedehnten Krebs litt, welcher die ganze Circumferenz des Pharynx laryng. und die obere

Portion des Oesophagus in Mitleidenschaft gezogen hatte; auf der Reg. carotidea ein voluminöses indurirtes Lymphdrüsenpacket.

Demonstration der vermittelst der Pharyngo-laryngo-ösophagectomie entfernten Organe; Demonstration der Ernährung dieses Kranken auf dem Mundwege durch einen Kautschuktrichter, der, wenn kein Recidiv stattfindet, bald unnöthig sein wird Dank einer Pharyngoplastik.

Cheval (Brüssel): Ueber die Gastroskopie, Demonstration.

Definition: directe Inspection der Magenschleimhaut durch die natürlichen Wege.

Historisches: Frühere Versuche von Kussmaul (1868), von Trouvé, Mikulicz und Rosenheim; Gastroskop von Chevalier Jackson (1904) angewandt unter Aetheranästhesie, endlich anno 1910 Construction eines Gastroskops durch Loening und Stieda, das neuerdings von Moure vervollkommnet wurde.

Beschreibung: Das Instrument besteht aus 2 Theilen:

1. Einem äusseren biegsamen Rohr aus Hartgummi in seinen zwei unteren Dritteln, das steif und graduirt ist in seinem oberen Drittel; in diesem Rohr bewegt sich ein biegsamer Mandrin, in Form einer Drahtspirale behufs Erleichterung der Einführung in den Oesophagus.

2. Dem Periskop: steifes Metallrohr, versehen an seinem Ende mit einer kleinen Lampe von 4—6 Volt; über diese Lampe ist ein Prisma mit Totalreflexion angebracht, das dazu dient, die von der beleuchteten Magenschleimhautpartie ausgehenden Lichtstrahlen nach dem oberen Ende des Instruments, wo sich ein Ocular befindet, zurückzusenden. An der äusseren und oberen Seite des Periskops befindet sich ein kleiner Ansatz, Träger von Tubulaturen, von denen die eine für die Röhre eines Richardson'schen Gebläses bestimmt ist, um den Magen auszudehnen, die andere den Flüssigkeiten im Magen gestattet, sich nach aussen zu entleeren.

Die Gewöhnung der Person geschieht durch Ausspülungen des Magens oder Katheterismus des Oesophagus einige Tage zuvor.

Untersuchung der Person: Dieselbe liegt auf dem Rücken, den Kopf in Extension, unterstützt von einem Gehilfen; die äussere mit einem Mandrin versehene Röhre wird eingeführt und bis in die Magenhöhle vorgeschoben, worauf der Mandrin herausgezogen wird; dann wird das Periskop eingeführt und darauf der Magen vermittelst des Gebläses mässig aufgeblasen; indem man nun das Periskop dreht, erforscht man die verschiedenen Gegenden der Magenschleimhaut. Wenn sich das Gesichtsfeld verschleiert, so muss man das Periskop herausziehen, es reinigen und wieder einsetzen.

Contraindicationen: frische Gastrorrhagie; sicheres Vorhandensein eines Magengeschwürs mit dünnen Magenwänden; Aneurysma des Aortenbogens; Anschwellung und geschwürige Läsion des Oesophagus; gewisse Tumoren der Cardia.

Der Autor beschreibt sodann das Aussehen der normalen Magenschleimhaut, wie man sie mit dem Gastroskop sieht, und das von der normalen wie pathologischen Pylorusgegend gegebene Bild, ebenso wie das von Krebs, Geschwüren etc.

Berichterstattung: Otologisches Thema.

Verschiedene Mitteilungen:

Descarpentrier (Roubaix): Neues Verfahren allgemeiner Anästhesie mit Aether; seine Bedeutung in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Die allgemeine Anästhesie kann erzielt werden, wenn man in die Muskeln Aether in je nach den Individuen verschiedenen Quantitäten injicirt. Dieses Verfahren hat Vorzüge bei schweren Interventionen am Kopf und am Hals, es beseitigt die hauptsächlichsten Nachtheile der Aetherisirung durch Inhaliren: Beschränkung des Operationsfeldes, Möglichkeit von Bronchopulmonärcomplicationen, Congestionen nach dem Kopf und starke Speichelabsonderung. Die intramusculären Aetherinjectionen sind nicht toxisch und werden am Gesäss (Stelle Barthélemy's) vorgenommen. Man muss verschiedene Injectionen von 5—10 ccm vornehmen, im Mittel soviel Cubikcentimeter als das Individuum Kilo wiegt. Diese Dosis variirt übrigens sehr je nach dem Patienten; bei den Nervösen thut man gut, einige Züge von Chloroform beizufügen. Der Autor macht die Injectionen mit zwei Minuten Intervall; er spritzt 50 ccm für ein mittleres Gewicht von 65 kg ein. Der Schlaf wird erleichtert, wenn man die Augen des Kranken mit einer Binde bedeckt. D. hat nie üble Zufälle zu beklagen gehabt; manchmal kommt es zu einem gewissen Grad von Hämoglobinurie, manchmal zu nachträglichen Schmerzen einige Tage nach den Injectionen.

Guisez (Paris): Stimmbandknötchen und directe Laryngoskopie.

Die Stimmbandknötchen sind von allen Kehlkopftumoren am schwierigsten zu operiren, und zwar:

1. weil es sich um sehr kleine Geschwülste handelt,
2. weil sie sessil (breitbasig aufsitzend) sind,
3. weil ihr häufig vorderer Sitz die Schwierigkeit, ihnen mit der indirecten Laryngoskopie beizukommen, noch vermehrt.

Dank der directen Laryngoskopie, welche die Glottis am Ende des Röhrenspatels direct unter die Augen bringt, und so die Stelle des Stimmbands, auf welchen das Knötchen eingepflanzt ist, zu isoliren gestattet, ist es möglich, vermittelst einer speciellen Zange das Knötchen mit aller wünschenswerthen Vorsicht zu fassen. Der Autor hat mit diesem Verfahren 10 Kranke operirt; das Resultat war perfect und die Stimme wurde wieder vollständig normal.

Bayer (Brüssel) erzielte vorzügliche Resultate durch Kauterisation mit krystallisirter Chromsäure, die natürlich mit aller Vorsicht vorgenommen werden muss.

Rousseaux (Brüssel) hat schon vor einigen Jahren als sehr einfaches Verfahren der Behandlung der Stimmbandknötchen bei Sängern die Kauterisation mit dem Galvanokauter angegeben. Er hat sich zu den verschiedensten Malen mit vollständigem Erfolg dieses Verfahrens, welches bis jetzt die Aufmerksamkeit der Specialisten zu wenig auf sich gelenkt zu haben scheint, bedient.

Delie (Ipres): Chorea des Larynx und Pharynx.

Es handelt sich um ein 14jähriges, an Chorea leidendes Mädchen, das von Seite des Pharynx und Larynx eigenthümliche Symptome darbot. Zuerst eine Art

von „Hemmen", sodann im Laufe der Unterhaltung unwillkürliche einsilbige Schreie; ferner ein mehr oder weniges langes Grunzen, gefolgt von einem kurzen schrillen Ton, ähnlich dem Schrei eines Perlhuhns. Die ersten Geräusche kommen durch eine convulsive Contraction der Stimmbänder und der arytänoepiglottischen Falten zu Stande, die zweite durch spasmodische Bewegungen der Pharynxmuskeln während einer forcirten Exspiration. Die Diagnose von Chorea mit Ausschluss der Hysterie stützt sich auf die Andauer der Geräusche während des Ruhestandes der Organe.

Guisez (Paris): Ueber die specifische Wirkung des Radiums bei gewissen Formen von Krebs des Oesophagus.

Bei der histologischen Natur des Oesophaguskrebses, die sich sehr dem Hautkrebs nähert, und angesichts seiner langsamen Entwickelung war natürlich anzunehmen, dass das Radium auf ihn eine ganz besondere Wirkung hervorbringen dürfte. Seit 6 Jahren hat G. 31 Kranke mit Oesophaguskrebs der Localapplication mit Radium unterworfen, und zwar vermittelst specieller Sonden. Die Träger waren Röhrchen mit 5—10 cg Radium, welche 4—5 Stunden bei jeder Sitzung am Platze belassen wurden. Ein Minimum von 40—50 Stunden Application ist nothwendig, um einen schätzbaren Effect zu erzielen: Erweiterung des Oesophaguslumens und Verbesserung der Deglutition. Die Wirkung tritt deutlich zu Tage bei den wuchernden und ulcerösen Formen — man kann sogar bei den wenig ausgedehnten Formen mit langsamem Verlauf, die gleich von Anfang an zur Diagnose kamen, dauerhafte Resultat erzielen. Drei seit $1^1/_2$—2 Jahren behandelte Kranke haben allen Anschein von Heilung.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Ein Fall von Ethmoidofrontalmucocele.

Frau von 54 Jahren, welche an einer rechtsseitigen Stirnsiebbeinmucocele von der Grösse eines Enteneies operirt worden war. Dieselbe hatte vor 10 Jahren im Niveau des Sitzes des Tumors einen Trauma erlitten. Die Höhle zeigte keine Continuitätstrennung.

Bayer.

---

f) Jahresversammlung der Japanischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft in Tokio.

Am 3. und 4. April 1912.

Erster Tag.

S. Yamagawa: Ueber die Verschlimmerung der Kieferhöhleneiterung bei Tonsillitis acuta.

Ohno: Erfahrung über die Radicaloperation der Sinusitis frontalis chronica nach Killian.

6 Fälle mitgetheilt. Diese Operation ist unter Localanästhesie ausführbar. Warm empfohlen ist Killian's Methode. Die Durchschneidung des N. supraorbitalis ist zu vermeiden.

Discussion:

Mitsuochi: Neuerdings habe ich zweimal Killian's Methode bei Männern und zweimal die transnasale bei Frauen probirt. M. zieht die intranasale Methode der anderen vor.

Kuroiwa: Es ist nicht immer nöthig, die vordere Knochenwandung wegzunehmen, um die degenerirte Schleimhaut auszukratzen. Ich nehme gewöhnlich die untere Wand mit Margo supraorbitalis fort, was die Auskratzung sehr erleichtert. Die Knochenspange ist nicht nothwendig.

Kubo: Ich fürchte, dass die discutirenden Herren den Zweck der Killian-schen Methode nicht richtig verstehen, da sie meinen: „Es wäre genug, den Ausführungsgang intranasal zu vergrössern", „Der Boden soll entfernt werden, aber nicht nur die vordere Wand" u. s. w. Killian will die Höhle möglichst veröden dadurch, dass die Höhle von vorn durch Hineinsinken der Stirnhaut mit Periost und von unten durch Hinauftreten des Orbitalgewebes zum grossen Theil erfüllt wird. Aus Rücksicht auf die Verunstaltung nach der bisherigen sogenannten Radicaloperation hat er die Spange stehen zu lassen angefangen. Man soll die Spange natürlich nicht zu gross machen, da der todte Raum dahinter zu gross wird. Ich habe auch seit Jahren diese Operation unter Localanästhesie mit gutem Resultat gemacht. Luc berichtet auch darüber.

Wadzuji: Es ist schwierig, eine vorhandene Körperhöhle, besonders Knochenhöhle, zum Schwund zu bringen. Killian selbst sagt, dass er eine Stirnhöhle nach der Operation 2 cm lateralwärts und 1 cm nach oben sondiren konnte. (Referent: Sondirung nach 2 Richtungen bedeutet ohne weiters nichts gegen Verkleinerung der Höhle.) Die Heilung der Eiterung erfolgt daher nur darum, weil man einen Drainweg in der Nase bahnen und erhalten konnte. Dasselbe Resultat kann man ebenfalls mit der intranasalen Methode erreichen.

Kubo: Wer in der Welt würde diese Methode versuchen, wenn nach der Operation eine so grosse Höhle immer zurückbleiben würde. Ich sage nochmals, dass der Zweck der Radicaloperation ganz anders als bei derjenigen der Kieferhöhle ist, wo man mit einer dem Abfluss günstigen Fensterbildung zufrieden sein muss.

Ohno: Nach einer eine Zeit lang vorgenommenen intranasalen Behandlung gehe ich an die Radicaloperation. Die Operation fängt man 15—20 Minuten nach der Injection an. Unter meinen Fällen habe ich die Stirnhöhle folgendermaassen gemessen: a) 6,5 cm (rechts-links), 3,0 cm (oben-unten), 1,5 cm (vorn-hinten); b) 3,4 cm (rechts-links), 2,0 cm (oben-unten), 0,5 cm (vorn hinten).

Hirose: Ein Fall von Endothelioma am Nasenseptum.

Mikroskopische Untersuchung der Tumormasse aus dem vorderen Theil der Nasenscheidewand bei einer 62 jährigen Französin erwies ein lymphangiomatöses Endotheliom.

Katsuya: Ueber die conservative Behandlung des Nasenrachenfibroms.

Nach Kritik der bisher angegebenen Operationsmethoden des typischen Nasenrachenfibroms berichtet K. über einen nach 32maliger galnanokaustischer Behandlung doch zur Heilung gebrachten Fall und empfiehlt diese Methode am wärmsten.

Discussion:

T. Wada: Empfiehlt Entfernung der Tumormasse mit kalter oder heisser Schlinge nach Eröffnung der Fossa canina mit partieller Entfernung der lateralen Nasenwand und berichtet über 2 Fälle.

K. Ono: Man kann die blutigen Operationsmethoden nicht verwerfen, wenn der Tumor sehr gross ist.

Yagisawa: Blutuntersuchung der Ozaenakranken.

Durch morphologische Untersuchung des Blutes bei 17 Ozaenakranken kam Y. zur folgenden Schlussfolgerung: Die Verminderung der rothen Blutkörperchen und Herabsetzung des Hämoglobingehaltes sind nachweisbar, aber es ist noch nicht bestimmt, ob diese Erscheinung die Folge oder die Ursache der Krankheit ist.

Ito: Ueber die Ursprungsstelle der solitären Choanalpolypen und histologische Untersuchungen derselben.

Aus Okada's Klinik berichtet I. über 4 Fälle, in denen man nach Kubo die Kieferhöhle eröffnete und den Ursprung daselbst constatirte. Empyema ist dabei nicht vorhanden. I. empfiehlt Radicaloperation (nach Kubo) in solchen Fällen. Histologische Structur ist wie bei gewöhnlichen Polypen.

Kubo: Ueber Sphenochoanalpolypen.

Im Jahre 1908 hat der Vortragende über Antrochoanalpolypen berichtet und später durch Beitrag ergänzt. Heute hat er über eine neue Gruppe der solitären Choanalpolypen, die aus der Keilbeinhöhle abstammt und eine beträchtliche Grösse erreicht, berichtet, und ihr den Namen Sphenochoanalpolypen gegeben. Er bespricht weiter die Differentialdiagnosen gegenüber den anderen Tumoren und Operationsmethoden. Histologisch sind sie wie die einfachen Nasenpolypen.

Discussion:

Okada: Ich habe auch früher solche Polypen gesehen und halte Kubo's Benennung ganz richtig.

Chiba: Demonstration von einem einfachen Zeichen- und Projectionsapparate.

Während der Pause nach dem Mittagsessen wurde eine Gedenkfeier für Geheimrath B. Fränkel abgehalten.

Zweiter Tag.

Sekikawa: Ueber die diagnostische Verwerthung der Röntgenstrahlen bei Nasennebenhöhleneiterungen.

Nach Beschreibung der einzelnen röntgenographisch aufgenommenen Nebenhöhlen demonstrirt S. verschiedene typische Fälle von solchen Photographien.

Okada: Demonstrationen.

a) Endotheliom aus dem weichen Gaumen bei einem 44jährigen Manne.
b) Zahn in der linken Kieferhöhle.
c) Künstliche Nasenprothese aus Celluloid.

Katsuya: Demonstration von degenerirten polypösen Schleimhäuten der Kieferhöhle.

Bei der Demonstration äussert K. die Meinung, dass es Fälle giebt, wo die Schleimhautveränderung so hochgradig ist, dass die totale Ausrottung derselben das Empyem zur Heilung bringen kann, trotzdem äusserliche Erscheinungen sehr geringfügig sind.

Discussion:

N. Nakamura: Vergleichende Studien der kranken Schleimhäute mit den gesunden sind wichtig.

Katsuya: Ueber die Schleimhaut der Kieferhöhle bei Leichen sind schon vielfach Untersuchungen angestellt worden.

Kubo: 1. Eine neue Fremdkörperzange für Oesophagoskopie und Tracheobronchoskopie.

2. Papilloma nasi.

Nach Beschreibung von drei Fällen und Demonstration von mikroskopischen Präparaten hebt der Vortragende hervor, dass Papilloma nasi einerseits klinisch maligne Natur in Bezug auf Wachsthum zeigt, so dass bei 2 Fällen totale Resection des Oberkiefers nöthig war, während es andererseits selbst über 20 Jahre lang gutartig bleiben kann, wie bei dem einen Fall.

Okada: Zur Diagnose und Behandlung der blutenden Polypen im mittleren Nasengange.

Bericht über zwei Fälle. Bei einem über Epistaxis klagenden 54jährigen Patienten sah man eine fingerspitzengrosse, leicht blutende Polypenbildung aus dem mittleren Nasengange hervorkommen, deren Stiel an der nasalen Wand der Kieferhöhle sass. Die Kieferhöhle war mit Blutcoagula gefüllt, was bei der Diaphanoskopie Schatten gab. Der zweite Fall mit Epistaxis und Vortreibung der Wange wurde von einem Chirurgen unter der Diagnose Carcinom radical operirt, wobei man nur eine kleine blutende Tumorbildung und grosse Mengen Blutcoagula in der Kieferhöhle fand. O. empfiehlt mikroskopische Untersuchung eines Probestücks und genaue Untersuchung der Kieferhöhle vor der Operation.

Discussion:

Kubo: Nach Beschreibung von zwei ähnlichen Fällen warnt der Vortragende vor einer leichtsinnigen Resection des Oberkiefers. a) Bei einem 40jähr. Manne sah man eine leicht blutende Tumorbildung im mittleren Nasengange, und bei der Eröffnung der Kieferhöhle eine kleine Tumorbasis auf der nasalen Wand und sonst gesunde Schleimhaut in der Kieferhöhle, trotzdem die Diaphanoskopie positiv war.



b) Bei einem 72jährigen Manne sah man eine dunkelbräunliche blutende Tumormasse in der linken Nasenhöhle, welche theilweise schon aus dem Nasenloch herausragte. Diaphanoskopie war positiv. Der Tumor war mikroskopisch ein Rundzellensarkom. Bei der Probeeröffnung fand man eine Zerstörung der unteren Partie der nasalen Wand und Hineinwachsen der Tumormasse. Die Schleimhaut der Kieferhöhle war sonst ganz intact. Die wichtige Frühdiagnose bei malignen Tumoren der Nasenhöhle ist uns Specialisten möglich. Daher gehört die Operation derselben zweckmässigerweise zu unserem Gebiete.

Yamaguchi: Ueber den Eiweissharn bei adenoiden Vegetationen.

Bei 7 unter 133 Kranken fand Y. Eiweiss im Harn, die Beziehung mit der genannten Krankheit unklar.

Discussion:

Matsui: Ich konnte keine directe Beziehung constatiren.

Hanaoka: Ueber Scharlachangina.

Matsui: Oesophagoskopische Erfahrungen bei Oesophagusfremdkörperfällen.

Nach Beschreibung der Extractionsmethoden und Technik der Oesophagoskopie berichtet M. über mehrere Fremdkörperfälle, wie Münzen, Fischgräten, künstliche Zähne usw., deren oesophagoskopische Extraction er selbst in der Kubo'schen Klinik ausführte.

Nogawa: Oesophago- resp. tracheoskopische Erfahrungen bei Fremdkörpern im Speise- und Luftwege.

Mittheilung von einem Fall von Trachealfremdkörper und von 3 Fällen von oesophagealen Fremdkörpern, welche alle durch directe Untersuchungsmethoden entfernt wurden.

Discussion:

Nakamura: Man soll die Oesophagoskopie nicht zu oft machen.

Ohno: Bericht über einen Fall von künstlichem Gebiss im Oesophagus.

Nogawa: Ich finde Nakamura's Warnung gar nicht berechtigt, da man als Regel erst nach genauer Inspection oder Laryngoskopie oesophagoskopirt oder tracheoskopirt. In meinen Fällen habe ich natürlich die Extraction durch directe Untersuchungsmethoden der Oesophagotomie oder Tracheotomie vorgezogen.

Kubo: Wir haben keinen Beweis dafür, dass die Oesophagoskopie jetzt bei uns verbreitet ist. Es ist schon ein grosser Fortschritt der Specialität, wenn zu viel oesophagoskopirt wird, da die sichere Diagnose im Oesophagus nur dadurch möglich ist.

Nakamura: Ich habe gehört, dass ein Arzt bei einem fiebernden Patienten oesophagoskopirte, der im Oesophagus keine Veränderung besass.

Kubo: Der moderne Laryngologe muss die Oesophagoskopie so gut beherrschen wie die Laryngoskopie.

Yoshii: Ueber die Veränderungen des Kehlkopfes bei Syringomyelie.

Bei einem 26jährigen Patienten, der sehr nervös war und über Kopfschmerzen klagte, sah Y. beiderseitige Posticuslähmung mit in der Medianlinie fixirten Stimmbändern. Röntgenuntersuchung blieb negativ. Sensibilitätsstörung auf der rechten Körperhälfte, Lähmung des Wärmesinnes, leichte Motilitätsstörung der Hände usw. sind vorhanden. Durch Obduction constatirte man Höhlenbildung in Hals- und Brustmark und in der Medulla oblongata. Es ist sehr merkwürdig, dass die Posticuslähmung nicht in die Recurrenslähmung übergegangen war, was nach Y. gegen Semon's Gesetz spricht.

Kubo: Erfahrung über das Papilloma oesophagi, Demonstration der Präparate.

Ein 44jähriger Patient kam mit Klagen über Kopfschmerzen und Schluckstörung. Die Kopfschmerzen verschwanden nach Operation der Kieferhöhleneiterung, aber die andere Klage blieb noch immer. Mitte Juli 1911 bemerkte ich eine leichte Anschwellung der linken Arygegend im Laryngoskop und fand durch Oesophagoskopie eine ovale, daumenspitzengrosse, mehr oder weniger gestielte, scharf begrenzte, höckerige Tumorbildung mit gesunder Epitheldecke am Eingang des Oesophagus. Das Probestück wurde von zwei Pathologen untersucht und für Papillom gehalten, wie die klinische Diagnose. Totale Ausrottung mit einer langen Schlinge auf directem Wege. Glatte Heilung. Nach 3 Monaten kam aber eine ähnliche Tumorbildung in der Umgebung der alten Stelle. Die histologische Untersuchung wurde nach jeder Entfernung vorgenommen. Je schlimmer das klinische Bild wurde, desto ähnlicher wurde der histologische Befund einem Carcinom. Im März 1912 vergrösserte sich der Tumor so weit, dass man einen Theil desselben schon im Laryngoskop sehen konnte. Dieser Fall zeigt, dass eine Anfangs gutartig aussehende Tumorbildung allmählich in bösartige übergehen kann.

Ref.: Der Patient bekommt seit 2 Monaten in Tokio Radiumbehandlung. Als ich vor Kurzem (August 1912) die Gelegenheit hatte, den Patienten zu untersuchen, fand ich linksseitige Recurrenslähmung und Vergrösserung der Tumormasse. Okada hat diesen Fall im Januar 1912 untersucht und mir geschrieben, dass es sich um ein Papillom handelt.

Discussion:

Okada: Es ist viel bestritten, dass ein Papillom in ein Carcinom sich umwandeln kann. Wiederholte Reize könnten vielleicht diese Umwandlung beschleunigen, wie Yamagiwa behaupten will.

Kubo: Sehr merkwürdig scheint es mir, dass Papillom des Oesophagus im Vergleich zu Carcinom sehr selten beobachtet wird. Es ist wohl möglich, dass das Anfangs harmlose Papillom durch constante Reizung im Oesophagus



in maligne Neubildung übergeht. Practisch wichtig ist, ösophagoskopisch frühzeitig die Diagnose zu stellen und totale Ausrottung im gutartigen Züstande vorzunehmen.

Kishi: Radiumbehandlung in der Oto-Laryngologie.

Nach einer Erläuterung über die Radiumbehandlung, besonders auf dem Gebiete der Specialität, demonstrirt der Vortr. die Apparate und Radiumsalz.

Discussion:

Hosoya: Die Wirkung des Radiums auf maligne Tumoren ist oft sehr evident, aber noch nicht bestimmt zu sagen.

Harada und Yamaguchi: Statistische Studien über Tuberculose der oberen Luftwege.

Unter 42441 Patienten, die während 5 Jahre (1907—1911) in der Universitäts-Ohren-, Nasen- und Halsklinik zu Tokio behandelt wurden, fand man Tuberculose in den oberen Luftwegen bei 1,5 pCt. der gesammten Kranken der oberen Luftwege, und unter 2162 Leichen, die im pathologischen Institut während 5 Jahre (1906 bis 1911) secirt wurden, bei 16 pCt. der gesamten tuberculösen. Am häufigsten werden Stimmbänder, Epiglottis und Trachea afficirt. Tumorartige Tuberculose kommt oft an den Taschenbändern und im Morgagni'schen Ventriculus vor.

N. Nakamura: Statistische Studien über Tuberculose der oberen Luftwege.

Unter 9000 Kranken in 3 Jahren fand N. tuberculöse Veränderungen der oberen Luftwege bei 90, d. h. 1 pCt. Fast immer secundär; am häufigsten im Kehlkopfe; häufiger bei Männern als bei Frauen; meist Geschwürsbildung u.s.w.

Nakamura: Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose.

N. empfiehlt warm Alkoholinjection zur Schmerzstillung und Ausschaltung der Functionen des Halses durch Tracheotomie und Magenfistel.

Takahashi: Demonstration von Instrumenten.

Kamio: Ueber Nasenschleimhauttuberculose.

Bericht über 3 Fälle.

Yoshida: Ueber Nasentuberculose.

Bericht über 2 Fälle.

Matsui: Anwendung des eiweissfreien Tuberculins bei Kehlkopftuberculose.

Bericht über 2 Fälle von Kehlkopftuberculose, wo die Injection des eiweissfreien Tuberculins guten Einfluss hatte.

Tadokoro: Demonstration eines Präparates der Halsorgane, die von Tuberculose in papillomatöser Form und Diphtherie mit Membranbildung zugleich afficirt waren.

Dieser Fall betraf einen 7jährigen Knaben.

Discussion über Kehlkopftuberculose:

Shimodaira: Alkoholinjection zum Schmerzstillen ist manchmal 30 Tage lang wirksam.

Hosoya: Bericht über 2 Fälle von Nasentuberculose und Warnung vor unvorsichtiger Katheterisation, welche Tuberkelbacillen von einem Patienten zum anderen übertragen kann.

Ziba: Bemerkungen über die Schwierigkeiten bei der Feststellung der Diagnose der Nasen- und Kehlkopftuberculose.

Kubo: Es ist zu empfehlen, dass man bei der Laryngoskopie der Kehlkopftuberculose das directe Sonnenlicht mittelst eines Planreflexspiegels und eines concaven Laryngoskops benutzt. Im verdächtigen Falle muss man histologische Untersuchung eines Probestückes vornehmen.

Wegen Mangels an Zeit wurden folgende Vorträge nicht gehalten:

Kubo: Bemerkungen über Decanulement.

Okada: Ueber Zungentuberculose.

Hosoya: Ueber galvanokaustische und Jodbehandlung bei Kehlkopftuberculose.

Okada: Operative Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Aus der Geschäftssitzung ist hervorzuheben, dass die nächste Jahresversammlung im April in Kyoto tagt und Sinusitis maxillaris chronica als Thema für das Referat gewählt ist.

Zum Präsidenten wurde Okada und zum Vicepräsidenten Okonogi gewählt und Kubo zum Ehrenpräsidenten der Gesellschaft ernannt. Kubo.

Berichtigung.

Die in No. 11, S. 573 referirte Arbeit: „Kritische Studien vom Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorganen" ist von **Ernst** Seifert.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

D.

H.

M.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Jahrgang XXVIII. December 1912. No. 12.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

herausgegeben

von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXVIII. Jahrgangs (Januar—December 1912) **15 Mark.**

Berlin 1912.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

Einsendungen für Semon's Centralblatt werden an die Adresse des Herausgebers, Herrn Prof. Dr. Georg Finder in Berlin W., Nettelbeck-Strasse 17, erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06274 1346

